Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. H. Heimann

ZUR EPIDEMIOLOGIE DES SUICIDS

— Eine Untersuchung von 250 Suiciden im Kreis Tübingen —

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Werner Pieper
aus Ravensburg

1977

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523707_0077

Dissertationsdruck
Blasaditsch GmbH • 89 Augsburg 17 • Theodor-Heuß-Platz 3 • Telefon (0821) 51 85 63

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. H. Heimann

ZUR EPIDEMIOLOGIE DES SUICIDS

— Eine Untersuchung von 250 Suiciden im Kreis Tübingen —

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Werner Pieper
aus Ravensburg

1977

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Prof. Dr. R. Lempp
Berichterstatter: Privatdozent Dr. A. Finzen
(Prof. Dr. H. Heimann)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 4
Einleitung 5
Material 9
Methode 11
Statistik 12

I. Ausführungen

A. Patienten
1. Demographische Daten der Patienten
1.a. Geschlechtsverteilung 14
1.b. Familienstand 15
1.c. Altersverteilung 18
1.d. Religionszugehörigkeit 21

2. Sozialdaten der Patienten
2.a. Wohnsituation der Suicidanten 22
2.b. Schulabschluß der Suicidanten 23
2.c. Berufsgruppen der Suicidanten 24
2.d. Schichtzugehörigkeit der Suicidanten ... 28

B. Untersuchung der Suicidalität der Gesamtpopulation
1. Suicidhäufigkeit in den Jahren 30
2. Frühere Suicidversuche der Suicidanten ... 31
3. Tötungsarten vollzogener Suicide 33
4. Suicidhäufung in den Monaten 36

C. Örtliche Verteilung der Suicide im Kreis Tübingen 37

D. Untersuchung der psychiatrisch behandelten Suicidanten

1. Sozialdaten der psychiatrisch Behandelten

1.a. Anteilmäßige Verteilung der psychiatrisch Versorgten 39

1.b. Schulabschluß der psych. Behandelten ... 41

1.c. Berufsgruppen der psych. Behandelten ... 42

1.d. Schichtzugehörigkeit 44

2. Tötungsarten der psych. Behandelten 45

3. Psychiatrische Erfassung der Suicidanten

3.a. Psych. Versorgung der Suicidanten 46

3.b. Erfaßbare Diagnosen der psychiatrisch versorgten Suicidanten 48

II. Diskussion 50

III. Zusammenfassung 78

VI. Literaturverzeichnis 81

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer Gesamtuntersuchung über den "erfolgreichen" Suicid an der Tübinger Universitäts-Nerven-Klinik, deren entlassenen Patienten sowie über die Suicidalität des Kreises Tübingen insgesamt.

Durch die freundliche Unterstützung der Kriminalpolizei Tübingen, des Landratsamtes Tübingen, des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und sämtlicher universitärer Behörden versuchte ich, dieses üppige Zahlen- und Faktenmaterial zu koordinieren und zu einem komplexen Thema zusammenzufassen.

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Suicidalität des Kreises Tübingen unter Berücksichtigung von Tübingen-Stadt als Universitäts- und Klinikzentrum. Ziel meiner Arbeit ist es, die Epidemiologie des Suicids des Kreises Tübingen darzustellen, Ergebnisse auf ihre Signifikanz hin zu untersuchen und anhand von Vergleichsliteratur zu diskutieren. An dieser Stelle sei schon erwähnt, daß einige mir wichtige Untersuchungspunkte nicht zur vollen Zufriedenheit bearbeitet werden konnten, da das nötige Vergleichsmaterial nicht auffindbar war. Ob oder inwieweit das Ergebnis dieser Arbeit repräsentativ für andere Kreise des Landes sein kann, bleibt zu diskutieren.

Dank sei allen Behörden und Personen gesagt, die mich in meiner Arbeit unterstützt und mir auf unbürokratische Weise zu meinem Arbeitsmaterial verholfen haben.

Tübingen im Januar 1977 Werner Pieper

Einleitung

Der Begriff 'Epidemiologie', bislang als 'Seuchenlehre' verstanden, wurde 1967 von der 'Kommission für medizinische Epidemiologie und Sozialmedizin' aufgegriffen und mit neuem Inhalt versehen. Hiernach "... hat es die Epidemiologie erstens mit Krankheiten und Gesundheitsstörungen im speziellen wie im allgemeinen zu tun, welche in Populationen, in Gruppen, in Schichten von Bevölkerungseinheiten vorgefunden werden. Hierbei muß sie die Häufigkeiten des Auftretens von Krankheiten und Gesundheitsstörungen sowie die spezifischen Unterschiede der Verbreitung in regionalen Schichten, spezifischen Gruppen etc. erfassen. Zweitens beschäftigt sich die Epidemiologie mit den Determinanten von Krankheiten und Gesundheitsstörungen in Populationen und Bevölkerungsschichten." (JAHN, 1969; S.46).

Die Aufarbeitung krankheitsspezifischer Determinanten, hier am Beispiel des Suicids, die Verarbeitung derselben sowie eine kritische Auseinandersetzung mit diesen, bedürfen eines umfangreichen und zuverlässigen statistischen Materials. Dieses bildet die Grundlage für die deskriptive Form der Bearbeitung und ist Voraussetzung für die weitere Analyse. "Die 'deskriptive Epidemiologie' beschränkt sich auf das zahlenmäßige Erfassen der Morbidität und Mortalität. Man könnte und sollte deshalb eher von deskriptiver Statistik sprechen, deren

Aufgabe nach ARMITAGE (1970) das Zusammenfassen und Präsentieren von statistischen Daten ist. Diese bilden die Grundlage für epidemiologische Fragestellungen und oft auch Ausgangspunkt für analytisch-epidemiologische Studien. In diesem Sinne kann die deskriptive Epidemiologie nie Selbstzweck sein. Unterschiede der Morbidität oder Mortalität in Abhängigkeit vom Ort, vom sozialen Stand oder vom Alter sowie der zeitliche Trend geben unweigerlich Anlaß zu Fragen nach dem Grund oder den Ursachen. Von der Genauigkeit der statistischen Daten, die als Ausgangspunkt epidemiologischer Erhebungen und Betrachtungen dienen, hängt der Wert aller Schlußfolgerungen, aber auch der Erfolg der getroffenen Maßnahmen ab. Den Grundinformationen, den statistischen Daten, muß somit größte Aufmerksamkeit geschenkt werden." (BLOHMKE, 1975; S.365).

Die vorliegende Arbeit versucht, auf epidemiologischer Grundlage, den Suicid und zwar den 'gelungenen' im Kreis Tübingen zu analysieren. Die primäre Fragestellung und Intention dieser Untersuchung ist, den Suicid in seiner Örtlichkeit auf schicht- und krankheitsspezifische Faktoren sowie gesellschaftsbezogene soziologische Aspekte hin zu untersuchen. Zugleich soll sie einen Vergleich bieten, der sich mit den gesellschaftlichen und medizinischen Faktoren psychiatrisch behandelter und nichtbehandelter Suicidanten des Kreises Tübingen beschäftigt.

Die Untersuchungen reichen von demographischen Erhebungen wie Geschlechtsverteilung, Alter der Suicidanten und Familienstand über soziologische wie Berufsgruppen, Wohnverhältnisse, Wohnbevölkerung und Schichtzugehörigkeit bis hin zur Frage der örtlichen Häufung von Suiciden im Landkreis Tübingen. Aufgezeigt werden auch Zahl und Häufigkeit von Suicidversuchen der Suicidanten. Die Untersuchung der Suicidfrequenz im Vergleich jahreszeitlicher Abhängigkeit sowie die der Tötungsarten vollzogener Suicide auf ihre Geschlechtsspezifität, ergänzen die Arbeit. Hierbei werden statistisch relevante Ergebnisse in Form signifikanter Aussagen herausgearbeitet, anschließend anhand vergleichender Literatur diskutiert.

Untersuchungen gleicher oder ähnlicher Fragestellung sind nur spärlich vorhanden. Zum Vergleich eignen sich in der Hauptsache zwei Arbeiten, nämlich eine Untersuchung aus dem Jahre 1973 über die 'Suicide in ländlichen Gebieten, Klein- und Mittelstädten' von I.SCHIERL und eine Studie über 'Suicide und Suicidversuche' von F.BÖCKER (1973).

Infolge fehlender Vergleichsmaterialien können einige wichtige Punkte in dieser Untersuchung nicht gründlich genug bearbeitet werden. So existieren z.B. keine exakten Aufstellungen über Berufsbezeichnungen der Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen. Ob dieser Tatsache kann ein Vergleich zwischen den Suicidanten und der

Vergleichsgruppe des Kreises nur beschränkt erfolgen. Auch in anderen Punkten der Arbeit ist aufgrund fehlender oder mangelhafter Vergleichsquellen eine signifikante Aussage nicht möglich.

Material

Grundlage für die Erstellung dieser Arbeit bildet das Aktenmaterial über Suicidanten, das mir von der Kriminalpolizei Tübingen für die Untersuchung zur Verfügung gestellt wurde. Hierbei handelt es sich um Tatortbeschreibungen, Vernehmungen von Angehörigen der Suicidanten oder sonstiger am Fall direkt oder indirekt beteiligter Personen, Gutachten von Ärzten sowie gerichtlich angeordnete Leichenöffnungen. Weiterhin war jeder Akte ein polizeilicher Bildbericht über die Situation nach der Tat angeschlossen. Dieses Aktenmaterial beinhaltet sämtliche Suicide im Raum Süd-Württemberg-Hohenzollern, von dem das des Kreises Tübingen ausgesondert wurde. Das Material besteht aus 256 Akten von Suicidanten des Kreises Tübingen in den Jahren 1965 bis 1974. Unter Suicidanten des Kreises Tübingen sind jene Personen zu verstehen, die zum Zeitpunkt der Tat zur Wohnbevölkerung des Kreises zählten, wobei der Tatort außerhalb des Kreises Tübingen liegen konnte.

Das klinische Material zur Untersuchung der Suicidanten besteht aus Aufzeichnungen über die Patienten der Universitäts-Nerven-Klinik in Tübingen, die vor ihrem "erfolgreichen" Suicid diese Klinik ambulant oder stationär aufgesucht und zur Tatzeit ihren Wohnsitz im Kreis Tübingen hatten. Hierbei handelt es sich um ein Material, welches aus ungefähr 80 Akten bzw. Karteiaufzeichnungen besteht. Nicht erfaßt werden können Suicidanten, die zwar zur Wohn-

bevölkerung des Kreises Tübingen zählen, sich jedoch außerhalb des Regierungsbezirks Süd-Württemberg-Hohenzollern suicidierten.

Um Korrelationen zwischen dem Patientengut und der Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen herstellen zu können, mußte ich nach Vergleichsmaterial suchen. Dieses wurde mir, soweit überhaupt vorhanden, von dem Statistischen Landesamt Baden-Württemberg in Stuttgart, dem Landratsamt Tübingen, dem Bürgermeisteramt Tübingen, dem Ludwig-Uhland-Institut für empirische Kulturwissenschaften und dem Akademischen Rektoramt der Universität Tübingen zur Verfügung gestellt.

Methode

Das obengenannte Aktenmaterial wurde jahrgangsweise durchgearbeitet. Hierbei erstellte ich für jeden Suicidanten des Kreises Tübingen eine Karteikarte, auf welcher sämtliche Einzeldaten aus der zugehörigen Akte eingetragen wurden. Anschließend faßte ich alle auswertbaren Daten gesondert zusammen. Die Auswahl dieser Daten erfolgte unter dem Gesichtspunkt der Verläßlichkeit der Aussage sowie der Effizienz derselben. Die in den Akten erwähnten Krankheitsbilder und Diagnosen wurden, soweit sie nicht ärztlich bestätigt waren, nicht berücksichtigt.

Dieses für jeden einzelnen Suicidanten angelegte Arbeitspapier bildet die Grundlage für einen möglichen Vergleich mit der Normalbevölkerung des Kreises Tübingen. Um signifikante Häufigkeitsunterschiede herausarbeiten zu können, werden demographische- und Sozialdaten der Patienten mit denen der Normalverteilung der Bevölkerung des Kreises Tübingen verglichen. Hierbei werden als statistische Vergleichsquellen die Volkszählungen der Jahre 1961 und 1970 herangezogen. Als Vergleichsberechnung sowie als Methode zur Berechnung signifikanter Unterschiede findet der Chi-Quadrat-Test ($_X2$) Anwendung.

In der Diskussion dieser Arbeit werden dann die gefundenen Ergebnisse und Häufigkeitsunterschiede mit Untersuchungen anderer Autoren verglichen.

Statistik

Zur Sicherung von Häufigkeitsunterschieden wird der Chi-Quadrat-Test (χ^2) durchgeführt. Dieser Test basiert auf der Differenz zwischen beobachteten und erwarteten Häufigkeiten.

$$\textcircled{\chi^2} = \frac{(x_2 - \bar{n}_2)^2 \cdot (n_1 + n_2)}{n_1 \cdot n_2 \cdot \textcircled{\bar{p}} \cdot \textcircled{\bar{q}}}$$

$$\textcircled{\bar{p}} = \frac{x_1 + x_2}{n_1 + n_2}$$

$$\textcircled{\bar{q}} = 1 - \bar{p}$$

Formel nach: Waerden (1957)

Symbolik:

n_1: Anzahl aller Vergleichspersonen (Wohnbevölkerung + Suicidanten)

n_2: Anzahl der Suicidanten

x_1: Anzahl der Vergleichspersonen bestimmter Fragestellung (Wohnbevölkerung)

x_2: Anzahl der Suicidanten in bezug ebendieser Fragestellung

Signifikanzschranken der χ^2-Verteilung:

Die Signifikanzschranke p eines errechneten Wertes für χ^2 wurde den GEIGY-Ta-

bellen entnommen. Die vorliegende Arbeit stützt sich hierbei, wie es auf medizinisch-biologischem Gebiet üblich ist (Clauss/Ebner 1968; Fuchs 1969), auf $p < 0,05$ entsprechend dem 5%-Niveau der Verläßlichkeit als signifikant, $p > 0,01$ (1%-Niveau) ebenfalls als signifikant, $p > 0,001$ (1‰-Niveau) als hochsignifikant.

Signifikanz: Wahrscheinlichkeit, daß das gefundene gemeinsame Auftreten nicht zufällig ist; also: $p = 0,01$ die Wahrscheinlichkeit, daß das gefundene gemeinsame Auftreten Zufall ist, beträgt um 1%.

I. Ausführungen

A. Patienten

Die Patientengruppe meiner Untersuchung setzt sich zusammen aus Suicidanten (S.) der Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen in den Jahren 1965 bis 1974. Unter der Wohnbevölkerung eines Kreises verstehen sich Personen, die in diesem Kreis ihren ständigen Wohnsitz haben, nicht jedoch solche, die aus beruflichen oder sonstigen Gründen längere Zeit abwesend sind, in einem anderen Landkreis wohnen und von dort aus ihrer Tätigkeit oder Berufsausbildung nachgehen.
Suicidiert haben sich in dem obengenannten Zeitraum 256 Personen, deren Daten die Grundlage für die weiteren Untersuchungen bilden.

1. Demographische Daten der Patienten

1.a. Geschlechtsverteilung

Von den 256 Suicidanten waren 95 (37,1%) weiblich und 161 (62,9%) männlich. Wie das Schaubild 1 zeigt, repräsentiert sich die Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen aus 51,5% weiblichen und 48,5% männlichen Personen. Es ist somit eine hochsignifikante Erhöhung der männlichen Suicidanten zu verzeichnen ($\chi^2 = 21{,}3$; $p < 0{,}001$).

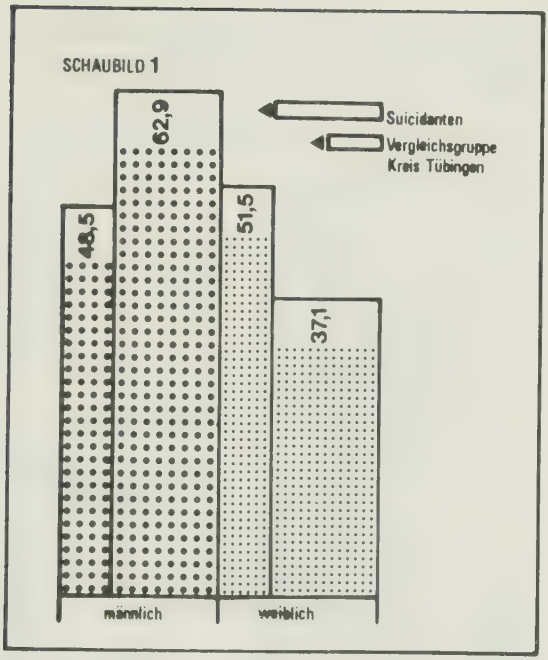


Schaubild 1

Geschlechtsverteilung der Suicidanten

1.b. Familienstand

Die Suicidanten waren zu 48,8% verheiratet, 38,3% ledig, 7,0% verwitwet und zu 5,9% geschieden. Betrachtet man diese Prozentzahlen unter dem Gesichtspunkt der Geschlechtsverteilung, so entfallen auf die weiblichen S. 52,6% verheiratete, 32,6% ledige, 10,5% verwitwete und 4,2% geschiedene. Die männlichen S. teilen sich auf in: ledige 41,6%, verheiratete 46,6%, verwitwete 5,0% und geschiedene 6,5%. Setzt man diese Ergebnisse wie in Schaubild 2 in

Korrelation zu der Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen, so ergibt sich folgendes Bild:

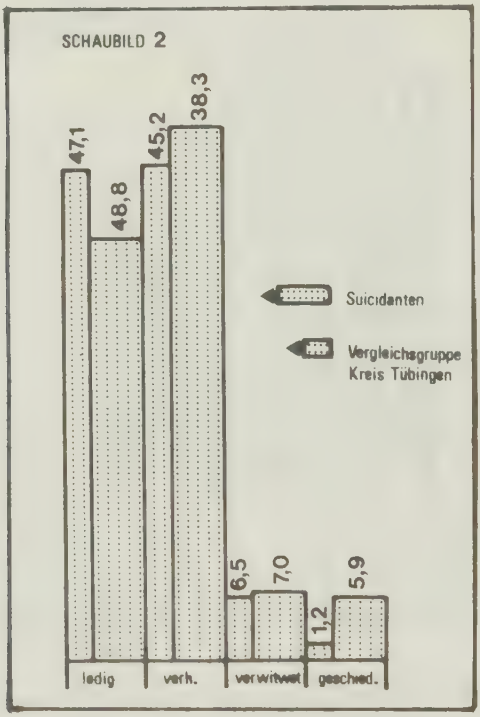


Schaubild 2

Familienstand der S. verglichen mit dem Bevölkerungsschnitt des Kreises Tübingen

Verheiratete S. sind gegenüber unverheirateten mit 10,5% signifikant erhöht ($\chi^2 = 4,5$; $p < 0,05$). Verwitwete S. zeigen gegenüber verheirateten keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2 = 1,97$; $p > 0,01$), wogegen ein hochsignifikanter Unterschied ($\chi^2 = 54,1$; $p < 0,001$)

besteht zwischen ledigen und geschiedenen Suicidanten. Hierbei ist eine starke Erhöhung der geschiedenen Suicidanten festzustellen.

Untersucht man die Beteiligung der Geschlechter an der Zusammensetzung der einzelnen Familienstände, so ergibt sich eine signifikante Erhöhung der verheirateten weiblichen Suicidanten gegenüber den gleichen männlichen ($\chi^2 = 3{,}97$; $p < 0{,}05$).

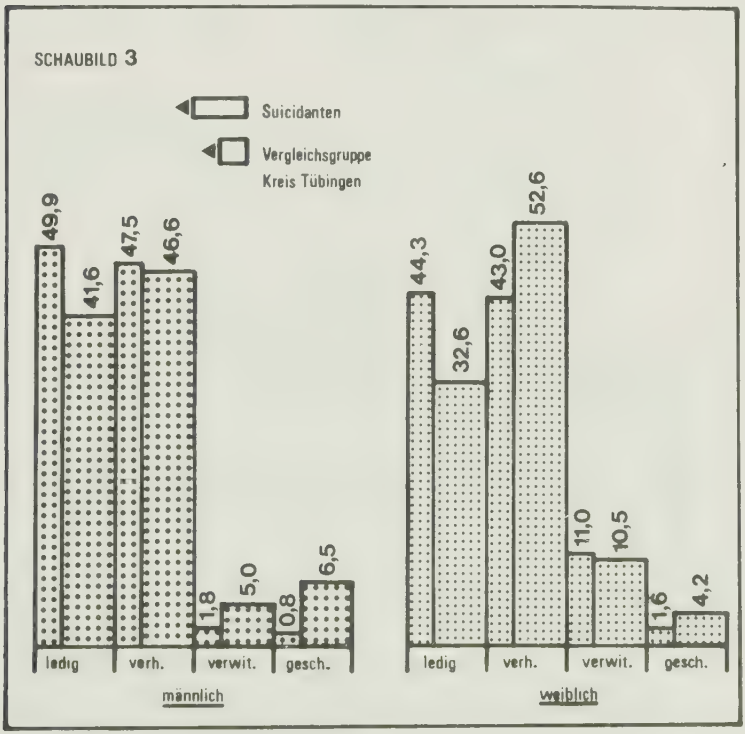


Schaubild 3 - Familienstand der männlichen und weiblichen Suicidanten im Vergleich zur Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen

An dieser Stelle erscheint es mir notwendig, eine Umrechnung der Familienstandsgruppen des Kreises Tübingen und der der Suicidanten vorzunehmen. Um einen Vergleich mit der Literatur anstellen zu können, ist dies unerläßlich, obwohl eine sehr große Fehlerquote eingerechnet werden muß. Mehrere Autoren sind der Meinung, es sei insofern notwendig, als die Rückrechnung auf 100 000 Mitglieder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in mancherlei Hinsicht genauere Schlußfolgerungen erlaubt als der Vergleich der prozentualen Häufigkeit.

Somit ergibt sich, bezogen auf 100 000 Personen der Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen eine Suicidzahl für:

ledig	141
verheiratet	188
verwitwet	187
geschieden	840

Schaubild 3a - Suicide pro 100 000 Einwohner des Kreises Tübingen

1.c. Altersverteilung

Sinn und Zweck der von mir gewählten Altersverteilung ist es, jene von gesellschaftlichen Instituti-

onen eingeteilten Lebensabschnitte (Schule, Berufsausbildung etc.) für diese Untersuchung nutzbar zu machen. Aus diesem Grund wird die Altersaufteilung nach dem Dekaden-System nicht verwendet.

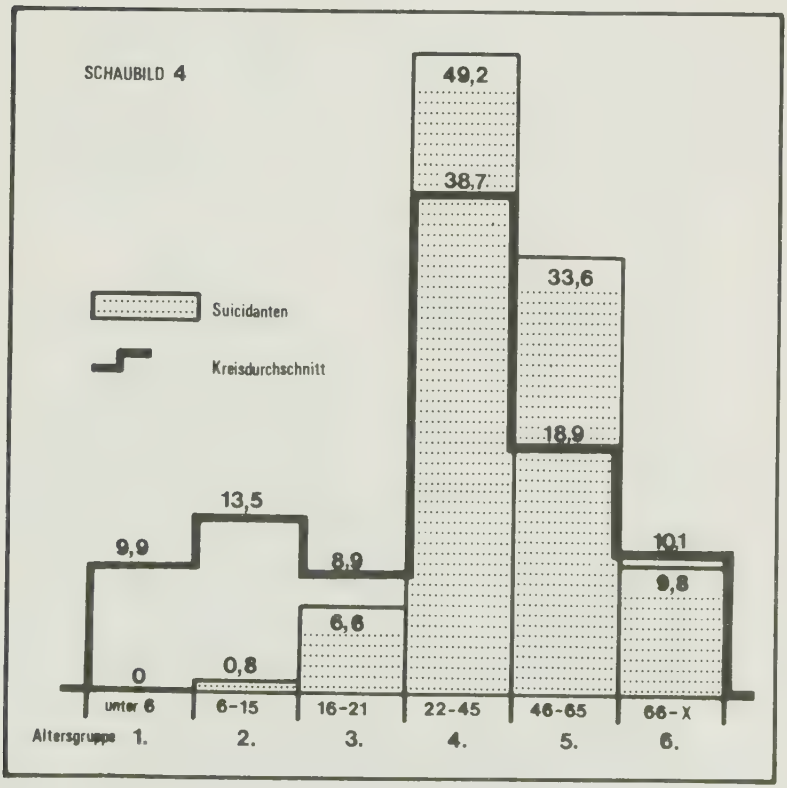


Schaubild 4 - Prozentuale Altersverteilung der Suicidanten im Vergleich zu den Altersgruppen des Kreises Tübingen

Werden nun diese Jahrgangsabschnitte in Gruppen gefaßt, so stellt die Gruppe 1 die Nicht-Schulpflichtigen dar. Die Gruppe 2 setzt sich zusammen aus Schulpflichtigen. Solche Personen, die sich entweder noch in der Schulausbildung befinden oder aber schon im Berufsleben stehen, bilden die Gruppe 3. Der Zeitraum der Gruppe 4 beinhaltet den Beginn und die Hauptzeit der Berufsausübung, der der Gruppe 5 die Endphase beruflicher Tätigkeit. Mit 65 Jahren beginnt die Zeit des Seniums. Dieser Lebensabschnitt wird durch Gruppe 6 repräsentiert.

Die Altersgruppe 1 ist in meiner Untersuchung nicht vertreten. Gruppe 2 ist deutlich unterrepräsentiert im Vergleich zur Altersgruppe der Wohnbevölkerung des Kreises. Altersgruppe 4 zeigt gegenüber der Gruppe 3 eine signifikante Erhöhung mit 42,6% ($\chi^2 = 5,17$; bei $p < 0,05 > 0,01$). Die Gruppe 5 ist hochsignifikant suicidgefährdeter als Gruppe 3 ($\chi^2 = 11,52$; $p < 0,001$). Auch die Gruppe 6 zeigt mit 1,5 mal häufigeren Suiciden gegenüber der Gruppe 3 einen hochsignifikanten Unterschied ($\chi^2 = 12,84$; $p < 0,001$). Schließlich zeigt sich auch ein signifikanter Unterschied in der 5 mal höheren Suicidhäufung der Gruppe 5 gegenüber der Gruppe 3 ($\chi^2 = 5,84$; $p < 0,05$). Den größten und statistisch hochsignifikanten Unterschied ($\chi^2 = 21,6$; $p < 0,001$) weist Altersgruppe 5 gegenüber der Gruppe 6 auf. Die Erhöhung des Suicidrisikos liegt bei dieser 5. Gruppe

um 23,8% höher als bei den über 66-jährigen. Somit erweist sich Gruppe 5 als die Altersgruppe mit größtem Suicidrisiko. Ihr folgen die Gruppen 4,6,3 und 2.

1.d. Religionszugehörigkeit

In der Religionszugehörigkeit stehen Evangelische im Kreis Tübingen mit 59% der Wohnbevölkerung an der

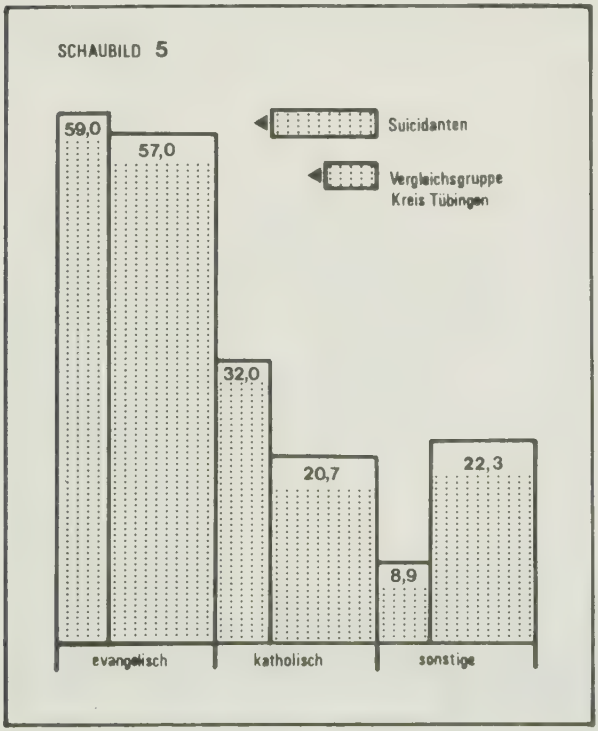


Schaubild 5 - Religionszugehörigkeit der Suicidanten verglichen mit der der Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen

Spitze. Es folgen Katholiken mit 32% und Religionslose sowie Angehörige einzelner kleiner Religionsgemeinschaften mit 9%. Demgegenüber stehen 57% evangelische, 20,7% katholische und 22,3% "sonstige" Suicidanten. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen katholischen und evangelischen Suicidanten besteht nicht ($\chi^2 = 0,64$; $p > 0,10$). Ein hochsignifikanter Unterschied zeigt sich jedoch in einer stärkeren Suicidanfälligkeit von 34,7% "sonstiger" Suicidanten gegenüber evangelischer S. ($\chi^2 = 40,89$; bei $p < 0,001$).

2. Sozialdaten der Patienten

2.a. Wohnsituation der Suicidanten

Die Wohnsituation der 256 Selbstmörder unterteilt sich in 94 (36,7%) alleinwohnende und 158 (61,7%) in Familie wohnende Suicidanten. 4 S. können nicht ein-

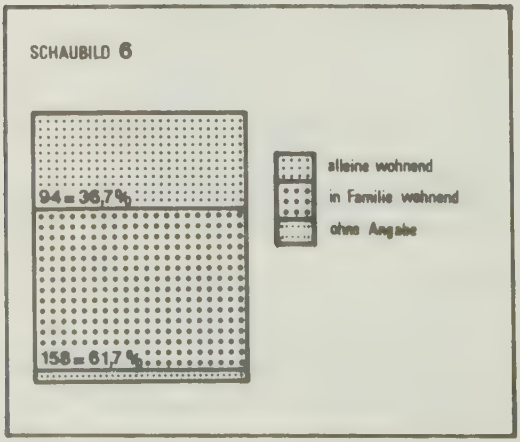


Schaubild 6
Wohnsituation der Suicidanten im Kreis Tübingen 1965 - 1974

geordnet werden, da deren Wohnsituation aus den Unterlagen nicht zu entnehmen war.
Eine weitere Detaillierung obengenannter Daten kann nicht erfolgen, da das hierfür erforderliche Vergleichsmaterial nicht auffindbar war.

2.b. Schulabschluß der Suicidanten

Bei der Gegenüberstellung der Wohnbevölkerung des

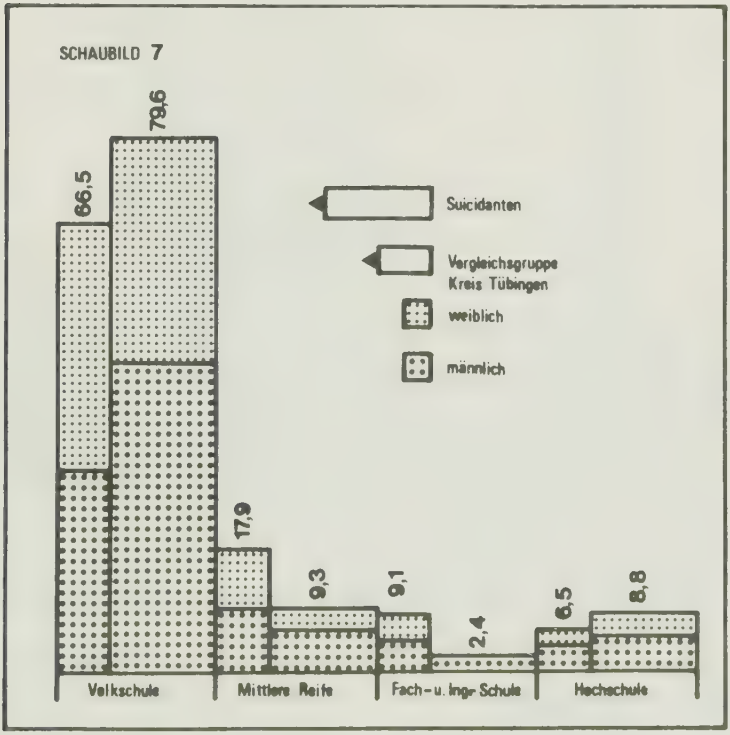


Schaubild 7 - Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen nach höchstem Schulabschluß im Vergleich mit dem der Suicidanten

Kreises Tübingen nach dem höchsten Schulabschluß im Vergleich mit dem Schulabschluß der Suicidanten, zeigt sich folgendes Ergebnis:
79,6% der Suicidanten besuchten die Volkschule, 9,3% schlossen mit der Mittleren Reife ab, 2,4% absolvierten erfolgreich eine Fach- bzw. Ingenieurschule und 8,8% der von mir untersuchten Selbstmörder bestanden ein Hochschulstudium. Demgegenüber stehen bei der Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen 66,5% Volkschulabsolventen, 17,9% Mittlere Reife - Abschlüsse, 9,1% Fach- bzw. Ingenieurschulexamina und 6,5% mit abgeschlossener akademischer Ausbildung.

In der Gegenüberstellung der beiden Gruppen ergibt sich, daß unter den Suicidanten Volkschüler 8,5 mal suicidgefährdeter sind als S. mit abgeschlossener Mittlerer Reife. Dieses Ergebnis ist hochsignifikant ($\chi^2 = 12{,}66$; $p < 0{,}001$). Hingegen wurde kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Suicidanfälligkeit von Volkschülern und Hochschulabsolventen festgestellt ($\chi^2 = 0{,}244$; $p > 0{,}10$), während wiederum Hochschulabgänger signifikant erhöht sind im Vergleich zu Suicidanten mit Mittlerer Reife ($\chi^2 = 9{,}23$; $p < 0{,}01$).

2.c. Berufsgruppen

Die Unterteilung der Berufsgruppen der Suicidanten wird unter dem Aspekt der unterschiedlichen beruf-

lichen Qualifikation erstellt. Hierbei sind Akademiker mit 6,3%, Beamte mit 4,3%, Selbständige mit 3,9%,

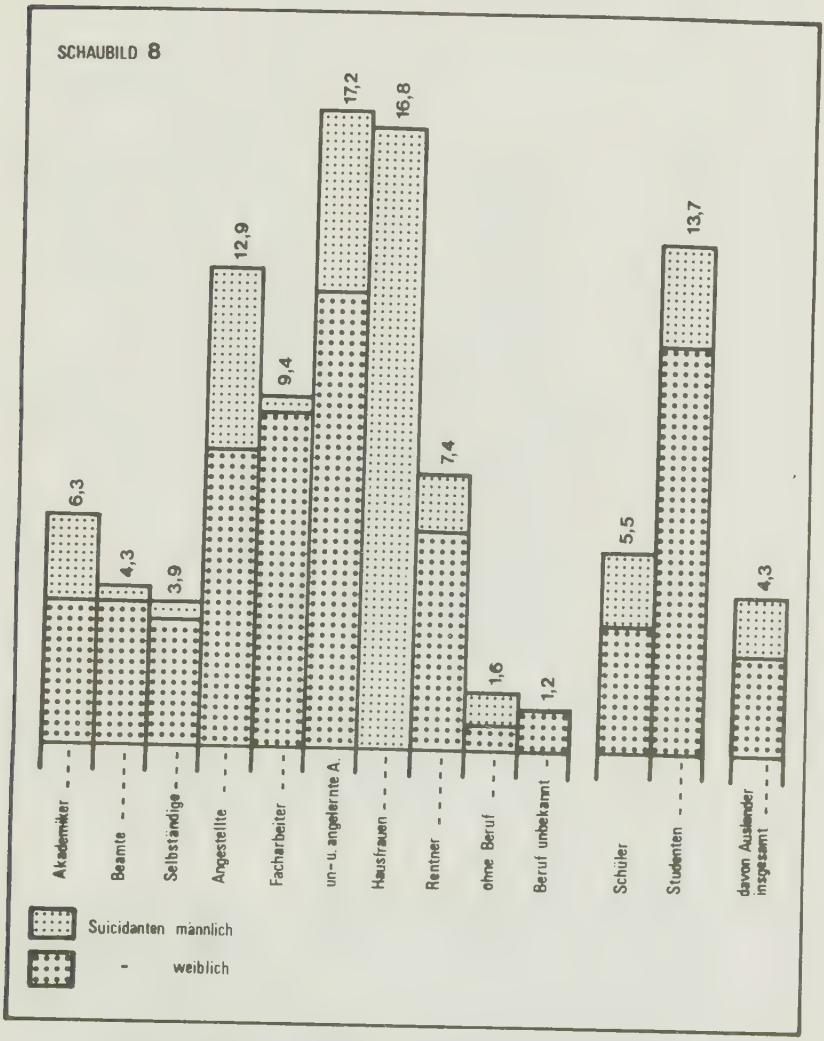


Schaubild 8 - Berufsgruppen der Suicidanten im Kreis Tübingen 1965 - 1974

Angestellte mit 12,9%, Facharbeiter mit 9,4% und angelernte Arbeiter mit 17,2% vertreten. Unter Hausfrauen wurden ausschließlich Personen aufgenommen, die einer erwerbsmäßigen Arbeit nicht nachgehen und somit nicht zum Lebensunterhalt der Familie beitragen. Diese sind mit 16,8% die zweitstärkste Gruppe unter den Suicidanten. Rentner weisen einen Prozentsatz von 7,4% auf. Ohne Beruf sind 1,6%. Bei 1,2% der Suicidanten ist die Berufsgruppe unbekannt.

Aufgrund der fehlenden Vergleichsmaterialien ist es nicht möglich, eine signifikante Aussage über Häufigkeitsunterschiede unter den einzelnen Berufsgruppen anzustellen.

Unter den ausländischen Arbeitern suicidierten sich in der Zeit von 1965 bis 1974 11 Personen (0,09%), was einer Beteiligung unter den Gesamtsuicidanten von 4,3% entspricht. Diese Beteiligung der Ausländer unter den Suicidanten zeigt eine statistisch signifikante Erhöhung zur deutschen Wohnbevölkerung im Kreis Tübingen ($\chi^2 = 4{,}58$; $p < 0{,}05$).

Schüler und Studenten -
Unter den Schülern sind all jene Personen zusammengefaßt, die sich in schulischer oder beruflicher Ausbildung befinden. Diese stellen einen Anteil von 5,5% unter den Suicidanten. Studenten sind mit 13,7% vertreten und stellen somit die drittstärkste Gruppe

unter den Gesamtsuicidanten dar. Studenten sind hoch-

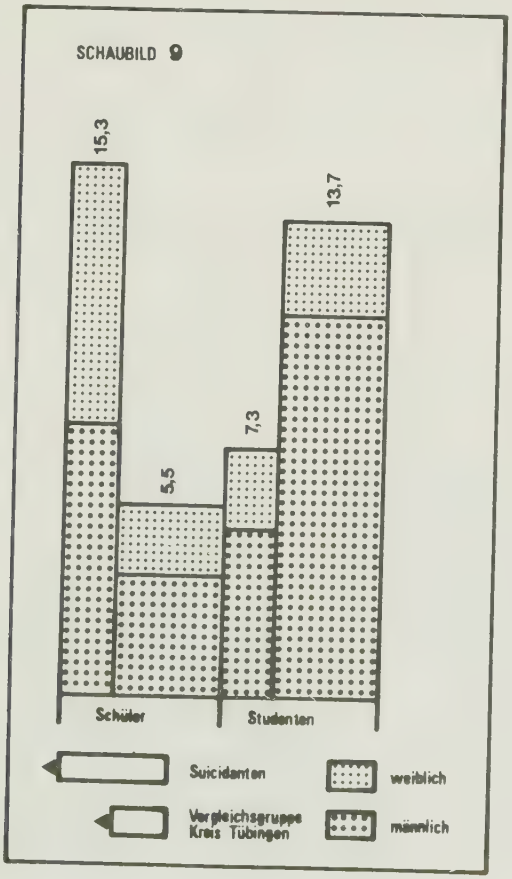


Schaubild 9 - Vergleich der noch in Ausbildung stehenden S. mit einer Vergleichsgruppe der Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen

signifikant stärker (2,5 mal) unter den Suicidanten als Schüler vertreten ($\chi^2 = 34,4$; $p < 0,001$), wobei

weder für Schüler (χ^2= 1,05; p> 0,10) noch für Studenten (χ^2= 2,15; p > 0,10) eine Geschlechtsspezifität festzustellen ist.

2.d. Schichtzugehörigkeit der Suicidanten

Bekanntlich gibt es derzeit kaum ein geeignetes Schichtenmodell, das allen Ansprüchen Rechnung tragen könnte. Für diese Untersuchung entschloß ich mich für das Schichtenmodell nach "Moore-Kleining", das auf dem Prinzip der "sozialen Selbsteinschätzung" basiert. Hiernach ordneten sich Patienten in die ihrer Meinung nach zugehörige Schicht ein. Da ich es in meiner Arbeit mit vollzogenen Suiciden zu tun habe und es somit nicht möglich ist, eine Selbsteinschätzung der Patienten vornehmen zu lassen, wird dieses Modell etwas modifiziert. Ich versuche nun, aufgrund gegebener Berufsbezeichnung der Suicidanten diese "Fremdeinschätzung" eigens vorzunehmen. Hierbei wird bei allen Personen, die keiner erwerbsmäßigen Arbeit nachgingen und ledig waren, der Beruf der Eltern als Kriterium der Schichtzuordnung herangezogen.

Somit ergibt sich: die Oberschicht repräsentiert sich aus 1,2% der Suicidanten, die obere Mittelschicht aus 15,2%. Die mittlere Mittelschicht ist mit 5,9%, die untere Mittelschicht mit 23,4% vertreten. Weiterhin finden sich unter den 256 Suicidanten 29,3% in der

oberen Unterschicht und 16% in der Unterschicht. Die sog. "Sozial Verachteten" sind mit 7% unter den Suicidanten vertreten. 2% der Gesamtsuicidanten können nicht eingeordnet werden, da das Aktenmaterial unzureichend ist.

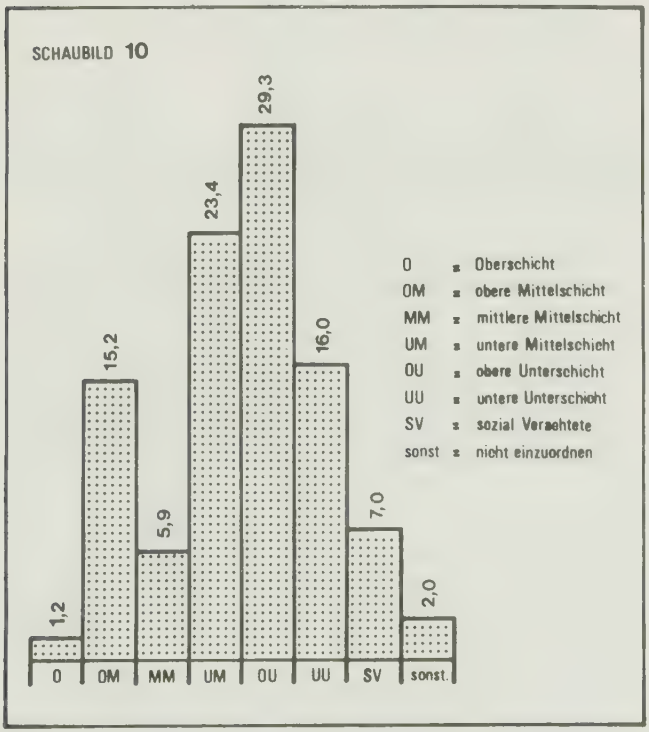


Schaubild 10 - Schichtung der Suicidanten im Kreis Tübingen 1965-1974 nach dem Modell von "Moore-Kleining" (modifiziert)

Trotz intensiver Suche nach Vergleichsmaterialien bei allen mir bekannten Institutionen ist es mir nicht

gelungen, dieses für die Errechnung von signifikanten Unterschieden und Häufigkeiten notwendige Material aufzubringen. Es steht außer Frage, daß dieses Ergebnis der Schichtzugehörigkeit eine statistisch signifikante Aussagekraft nicht beinhaltet. Dennoch Dennoch scheint mir eine Tendenzwirkung sichtbar.

B. Untersuchung der Suicidalität der Gesamtpopulation

1. Suicidhäufigkeit in den Jahren 1965 - 1974

Untersucht man die Suicide im Kreis Tübingen jahrgangsweise, so zeigt sich, daß die Jahre 1965 und 1966 mit 8,6% und 1967/68 mit je 7,8% der Gesamtsuicide in der Häufigkeit gleichliegen. 1969 weist mit 15,2% die höchste Suicidquote aller Jahre auf. 1970 waren 8,2%, 1971 10,9%, 1972 7,8% und 1973 10,9% Suicide zu verzeichnen. 1974 zeigt einen starken Anstieg der Suicidalität mit 14,1%. Schaubild 11 demonstriert die Häufigkeit der einzelnen Jahrgänge mit weiblichen und männlichen Anteilen.

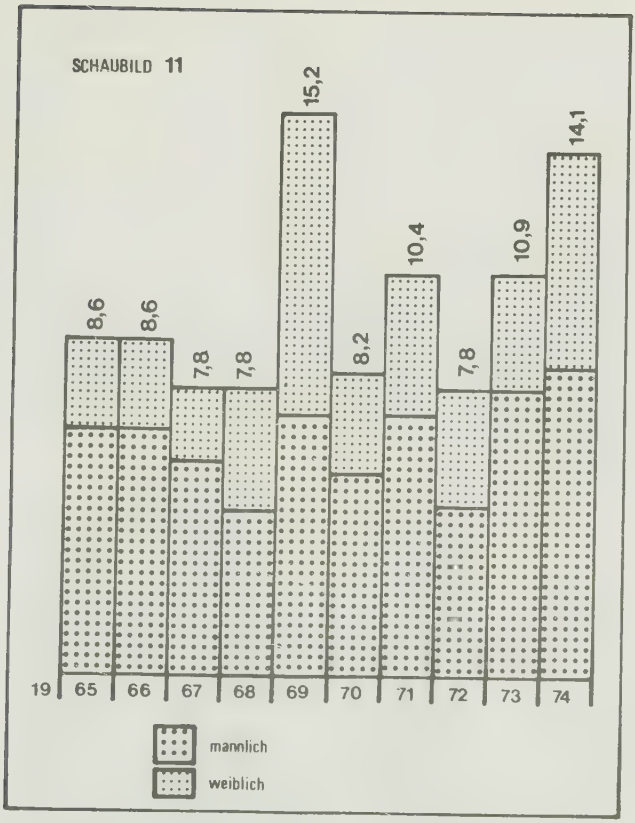


Schaubild 11 - Suicidhäufigkeit in den Jahren 1965 - 1974

2. Frühere Suicidversuche der Suicidanten

29,3% der Suicidanten haben in den Jahren 1965 bis 1974 in suicidaler Absicht Selbstmordversuche durchgeführt. Von diesen 29,3% begingen 77,8% einmal, 12,7% zweimal, 3,2% dreimal und 1,6% viermal einen

Selbstmordversuch. 4,8% dieser Suicidanten versuchten es fünfmal, bevor der sechste Versuch den "erfolgreichen" Abschluß brachte.

Wie in dem dazugehörigen Schaubild aufgezeigt, waren dies im Jahr 1965 9, 1966 7, 1968 5 Suicidanten. In den Jahren 1969 und 1970 wurden je 10 Selbstmordversuche durchgeführt. Ein nochmalig starker Anstieg weist das Jahr 1972 mit 9 Versuchen auf. Die hier er-

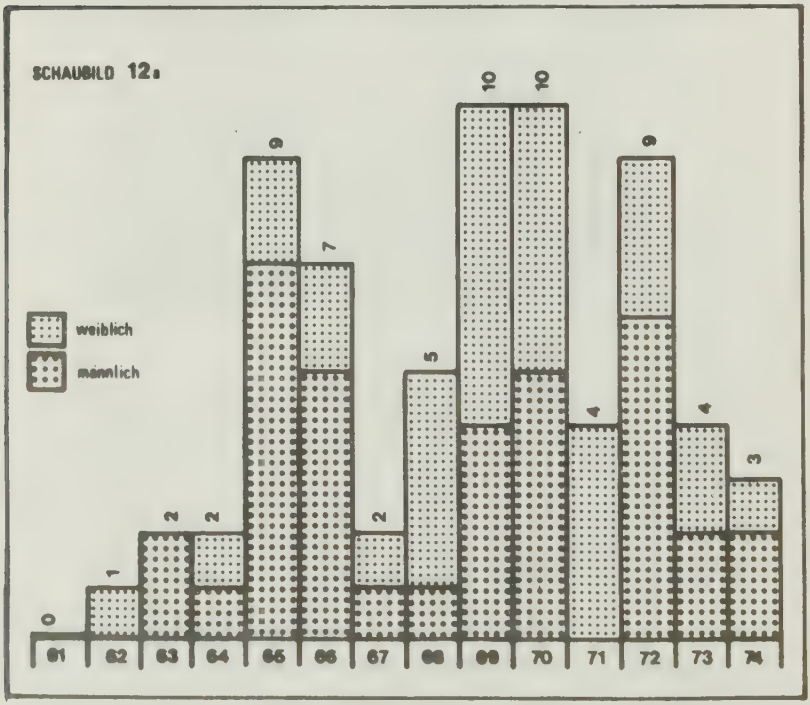
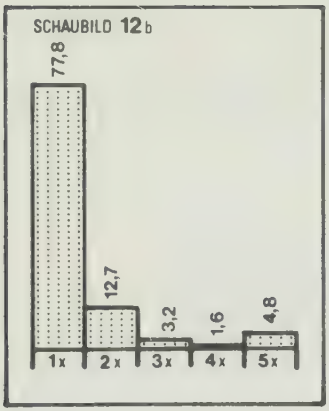


Schaubild 12a - Frühere Suicidversuch der Suicidanten in den Jahren 1965 - 1974



faßten Suicidversuche beziehen sich ausschließlich auf die Untersuchungen der Polizei und Aufzeichnungen der Ambulanzkartei der Universitäts-Nerven-Klinik Tübingen.

Schaubild 12b - Frühere Suicidversuche der Suicidanten in den Jahren 1965 - 1974

3. Tötungsarten vollzogener Suicide

Die in dieser Untersuchung verwendeten Begriffe "weiche" und "harte" Methoden der Selbsttötung werden von mir wie folgt definiert: Die "harte" Methode garantiert dem Suicidanten den schnellen und sichren Tod. Bei der "weichen" Methode dagegen wird ein langsamer Todeseintritt erwartet. Weiterhin bietet diese Methode im Gegensatz zur "harten" die Möglichkeit des nichtbewußten Ablebens sowie des Vortäuschens einer Tat und somit der Chance, den Suicidversuch zu überleben.

Zu den "harten" Methoden der Selbsttötung gehören Erhängen, Vergiften mit schnellwirkenden toxischen Mitteln, Ertrinken, Erschießen, Sturz aus Höhe u.a. Die "weichen" Methoden sind: Intoxikation von Schlaf-

mitteln, Autoabgase, Eröffnung von Blutgefäßen und der Mißbrauch von Drogen.

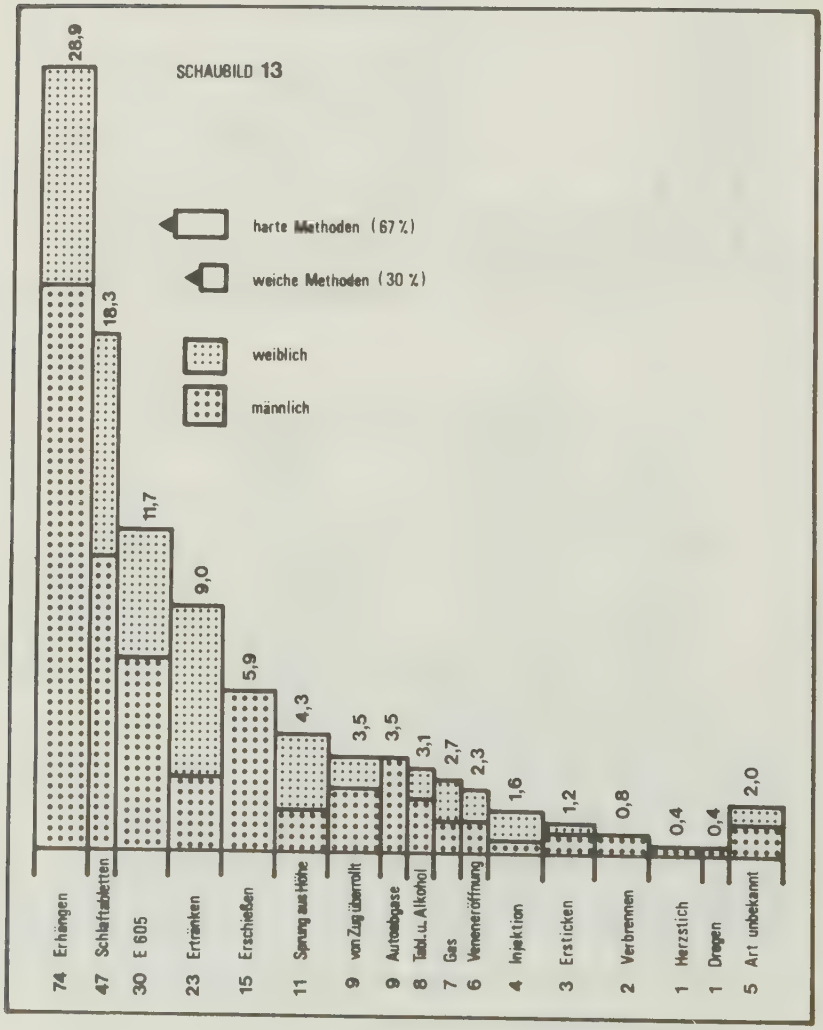


Schaubild 13 - Tötungsarten vollzogener Suicide 1965 - 1974 der Suicidanten des Kreises Tübingen

Die Tötungsarten sowie die Beteiligung der Geschlechter an den verschiedenen Tötungsarten sind den entsprechenden Schaubildern zu entnehmen.

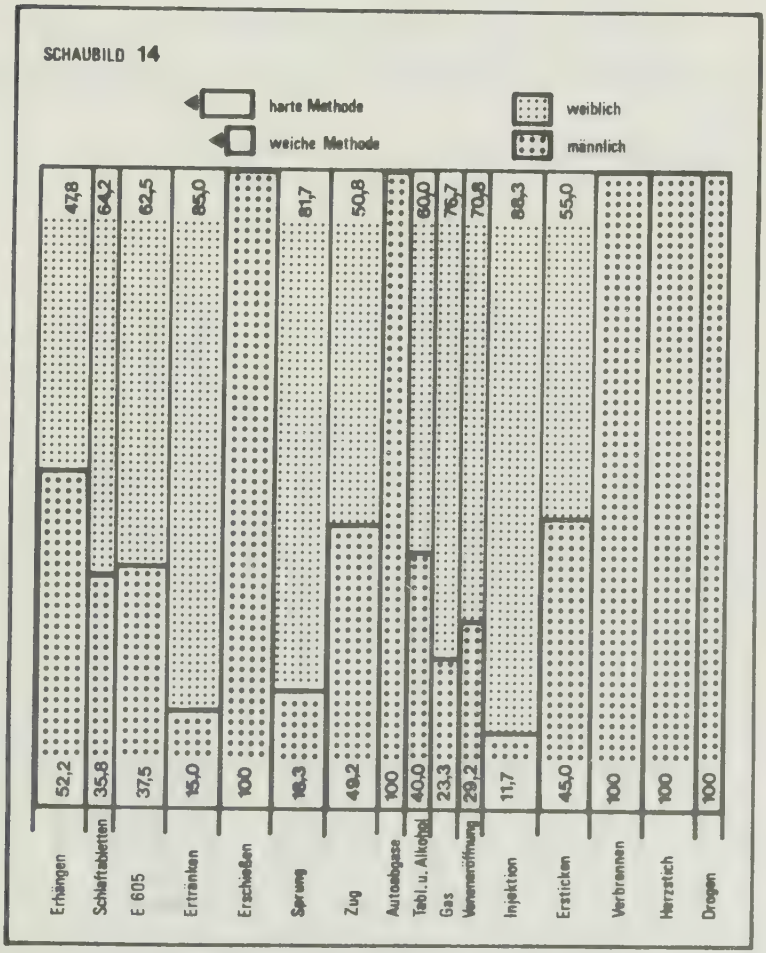


Schaubild 14 - Beteiligung der Geschlechter an den verschiedenen Tötungsarten im Kreis Tübingen 1965 - 1974

4. Suicidhäufung in den Monaten

Die Verteilung der Suicide über das ganze Jahr betrachtet, zeigt eine monatliche Zu- und Abnahme der Suicidhäufung. Bearbeitungsgrundlage dieser Aufstel-

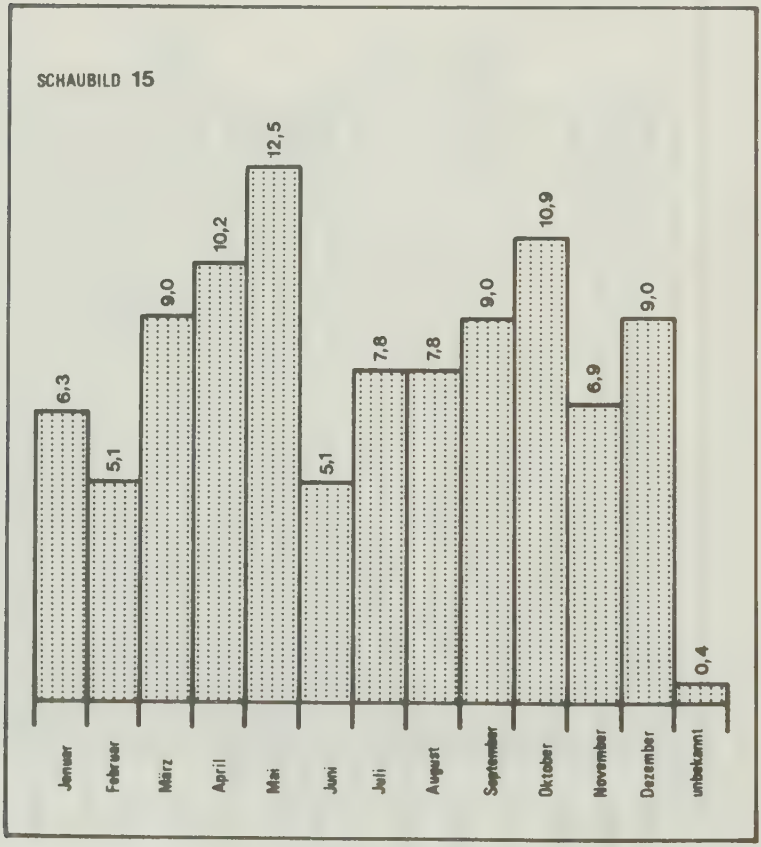


Schaubild 15 - Suicidhäufigkeit in den einzelnen Monaten der Jahre 1965 - 1974

lung bildet das Datum des Selbstmordes der Suicidanten des Kreises Tübingen in den Jahren 1965 - 1974. So ist in den Monaten März, April und Mai eine Erhöhung der Selbstmordereignisse festzustellen. Diese flachen im Monat Juli wieder ab und finden einen erneuten Gipfel in den Herbstmonaten September und Oktober. Auch der Monat Dezember ragt mit seiner starken Suicidalität hervor.

C. Örtliche Verteilung der Suicide im Kreis Tübingen

In dieser Untersuchung werden 54 im Kreis Tübingen liegende Ortschaften über den Zeitraum von 1965 bis 1974 auf ihre Suicidquote hin untersucht. Die Kreisreform 1972 wird hierbei weitgehend berücksichtigt.

SCHAUBILD 16

Tübingen Stadt	24,2
Rottenburg	16,7
Mössingen	6,4
Dußlingen	11,3
Kirchentellinsfurt	16,6
Bodelshausen	9,1
Pliezhausen	12,8
Dettenhausen	19,4
Ofterdingen	25,0
Kusterdingen	22,0
Nehren	20,0
Hirrlingen	18,5
Unterjesingen	14,7
Wurmlingen	11,9

Suicidziffer des Kreises Tübingen insgesamt: 17,4

Schaubild 16

Suicidziffer der einzelnen Ortschaften des Kreises Tübingen 1965 - 1974
- Suicide der Gemeinden hochgerechnet -

Bei den oben aufgeführten Ortschaften wird die Suicidziffer als Kriterium der Suicidalität verwendet. Diese Suicidziffer faßt alle Suicide eines Ortes pro 100 000 Einwohner in einem Jahr.

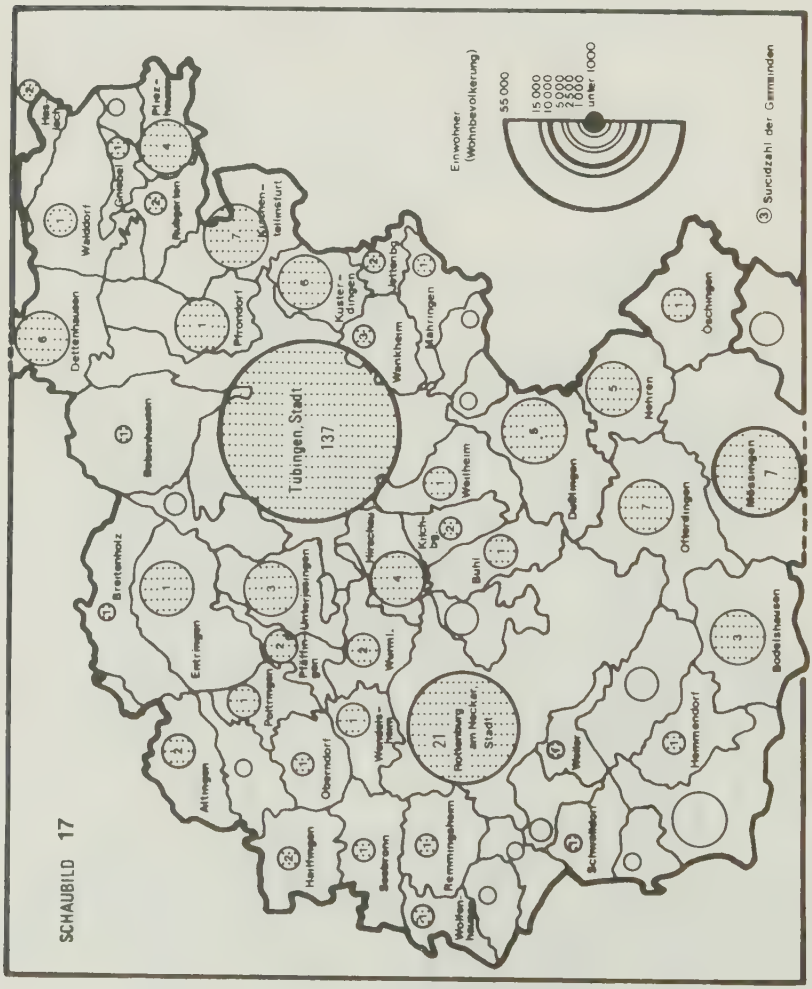


Schaubild 17 - Örtliche Häufung der Suicide im Kreis Tübingen 1965 - 1974

In Schaubild 16 sind Ortschaften des Kreises Tübingen nach Einwohnerzahl geordnet aufgeführt. Hierbei sind jedoch nur Gemeinden berücksichtigt, deren Suicidziffer einen Aussagewert besitzt.
Die absoluten Suicide der Gemeinden zeigt Schaubild 17. Hier sind die Suicide als Suicidzahl aufgeführt. Unter der Suicidzahl versteht man die Anzahl von Suiciden in einem bestimmten Untersuchungszeitraum.
Die Kreisgröße in Schaubild 17 symbolisiert die Größe der Einwohnerzahl der Ortschaft. Die Zahlen innerhalb der verschiedenen Kreise bedeuten die Suicidzahl der Gemeinden.

D. Untersuchung der psychiatrisch behandelten Suicidanten

1. Sozialdaten der psych. Behandelten

1.a. Anteilmäßige Verteilung der psych. Versorgten

76 Suicidanten (29,7%) waren von den 256 Gesamtsuicidanten je in psychiatrischer Behandlung. Hiervon entfallen auf 1965 28,6%, 1966 23,8%, 1967 20% und 1968 15%. 1969 waren 41%, 1970 47,6%, 1971 39,3% und 1972 35% der Suicidanten in Behandlung. 17,9% aus dem Suicidjahrgang 1973 und 19,4% aus dem von 1974 wurden ambulant oder stationär in der Universitäts-Nerven-Klinik (UNK) Tübingen oder von niedergelassenen Nervenärzten psychiatrisch betreut.

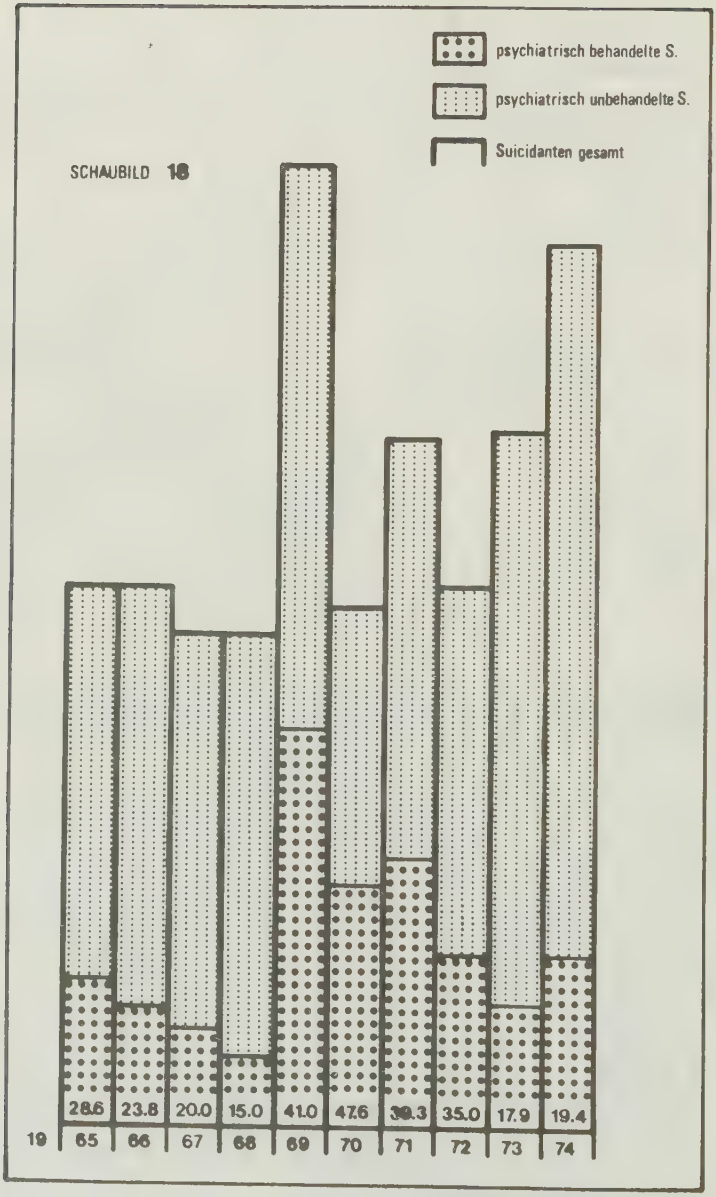


Schaubild 18 - Psychiatrische Versorgung der Suicidanten

1.b. Schulabschluß der psych. Behandelten

Die Gegenüberstellung von psych. versorgten Suicidanten und nichtversorgten (Schaubild 19) zeigt, daß sich 28,8% der Volkschüler in psychiatrische Behandlung begaben. Suicidanten mit Mittlerer Reife

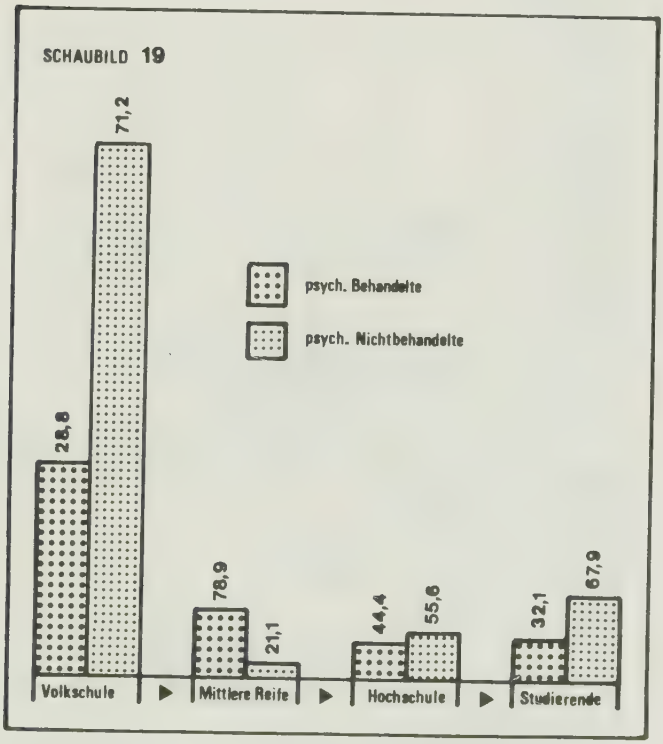


Schaubild 19 - Schulabschluß der psych. Behandelten

suchten in 78,9% der Fälle einen Psychiater auf, Berufstätige mit Hochschulabschluß in 44,4% der Fälle und Studierende in 32,1%. Diese Prozentzahlen unter-

scheiden jedoch keineswegs zwischen Zwangseinweisung und freiwilligem Gang zum Psychiater.

1.c. Berufsgruppen der psychiatrisch Behandelten

Unter den verstorbenen Suicidanten sind an Akademikern 31,3%, an Beamten 9,1%, an Selbständigen 20% und an Angestellten 30,3% in psychiatrischer Behandlung gewesen. Facharbeiter waren mit 33,3%, un- und angelernte Arbeiter mit 22,7% und Hausfrauen ohne berufliche Nebentätigkeit mit 46,5% psychiatrisch betreut. Unter den Rentnern findet sich ein Anteil von 10,5%, unter Schülern 35,7% und unter Studenten 31,4%.

umseitig Schaubild 20

Berufsanteile psychiatrisch behandelter und nichtbehandelter Suicidanten

SCHAUBILD 20
psych. Behandelte
psych. Nichtbehandelte
Akademiker
Beamte
Selbständige
Angestellte
Facharbeiter
ungelernte A.
Hausfrauen
Rentner
ohne Beruf
B. unbekannt
Schüler
Studenten
31,3
68,7
9,1
90,9
20,0
80,0
30,3
69,7
33,3
66,7
22,7
77,3
46,5
53,5
10,5
89,5
50,0
50,0
33,3
66,7
35,7
64,3
31,4
68,6

1.d. Schichtzugehörigkeit der psych. Versorgten

Die Auswertung der schichtzuteilenden Faktoren ergibt, daß die Oberschicht zu 100% psychiatrisch versorgt wurde. Ihr folgt die obere Mittelschicht mit

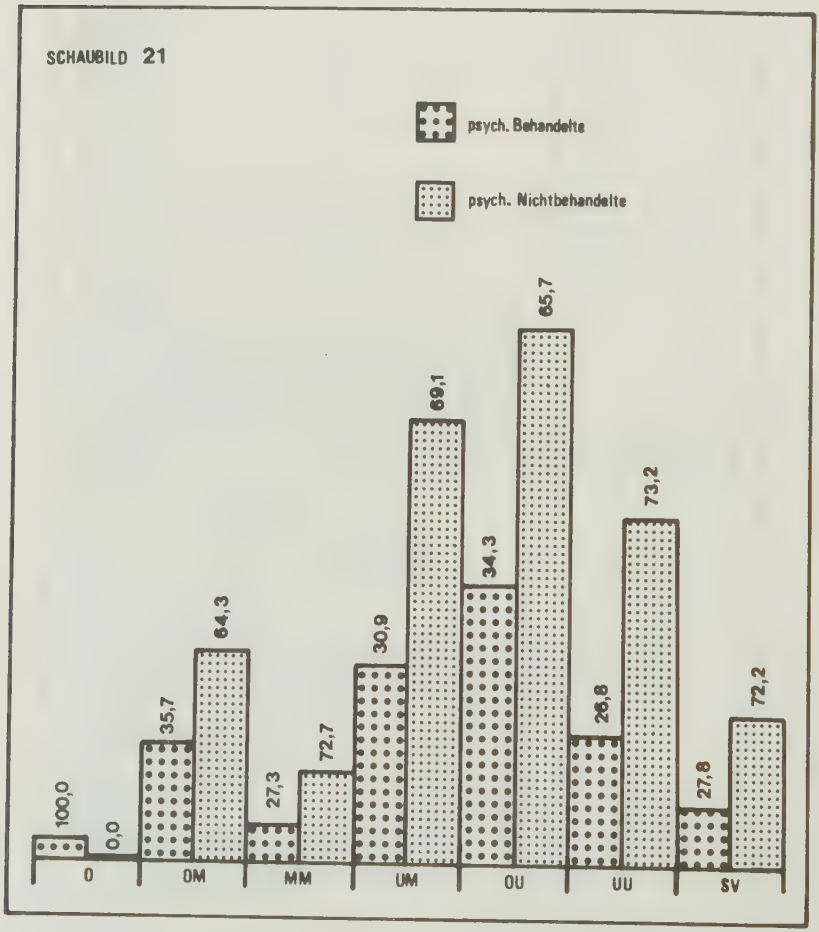


Schaubild 21 - Schichtzugehörigkeit der 30% psych. versorgten Suicidanten

27,3%, die untere Mittelschicht mit 30,9% und die obere Unterschicht mit 34,3%. Die untere Unterschicht wurde zu 26,8% psychiatrisch betreut, die sog. sozial Verachteten zu 27,8%.

2. Tötungsarten der psych. behandelten Suicidanten

Vergleicht man die Tötungsarten vollzogener Suicide

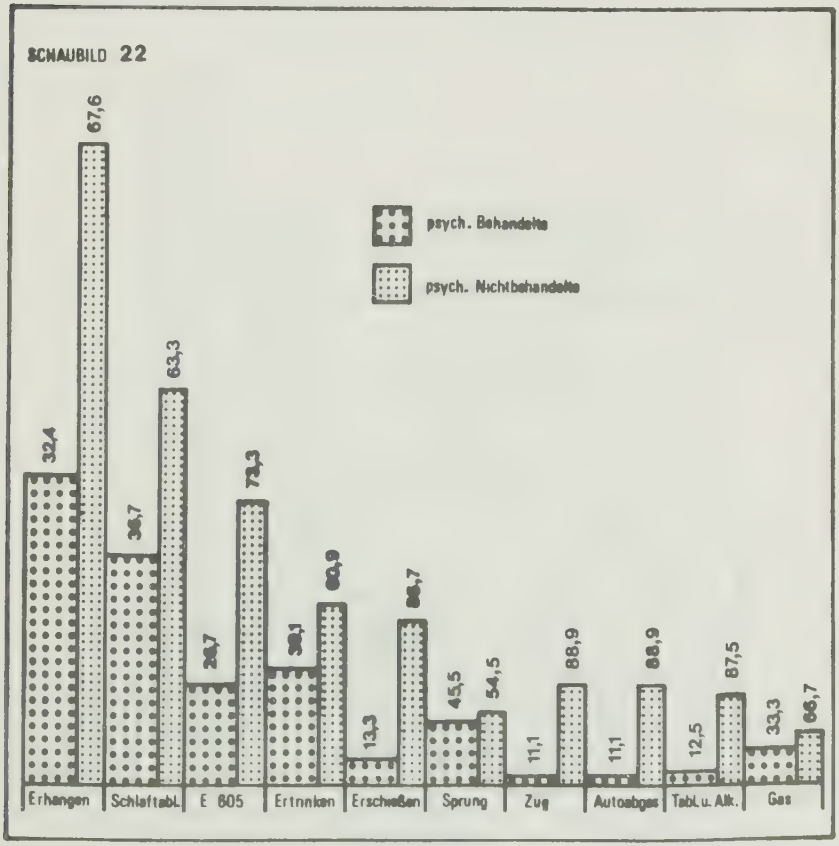


Schaubild 22 - Tötungsarten bei psych. versorgten und nichtversorgten S.

von psychiatrisch behandelten und nichtbehandelten Suicidanten, so ergibt sich folgendes Bild:
Die einzelnen Selbstmordmethoden sind in Schaubild 22 im Vergleich zueinander aufgezeichnet. Hierbei sind bei den psychiatrisch Behandelten 49 harte und 23 weiche Selbstmordmethoden erfaßt worden, während dies bei den Nichtbehandelten 113 harte und 50 weiche ergab. Somit errechnet sich ein Verhältnis zwischen harten und weichen Methoden:

bei Nichtbehandelten von 2,3:1
bei Behandelten von 2,1:1

3. Psychiatrische Erfassung der Suicidanten

3.a. Psychiatrische Versorgung der Suicidanten

Die folgende Untersuchung der Suicidanten und ihre psychiatrische Versorgung bezieht sich ausschließlich auf Patienten der UNK Tübingen. Von diesen 76 Patienten wurden 59 in der UNK Tübingen behandelt, wogegen 15 der Gesamtsuicidanten von niedergelassenen Psychiatern versorgt wurden.

SCHAUBILD 23

9	Patienten	= 18 v.H ...	1 -	10	Tage
8	·	= 16 v.H ...	10 -	30	·
9	·	= 18 v.H ...	30 -	60	·
10	·	= 20 v.H ...	60 -	100	·
9	·	= 18 v.H ...	100 -	200	·
3	·	= 6 v.H ...	200 -	360	·
2	·	= 2 v.H ...	360 -	X	·

Schaubild 23 - Aufenthaltsdauer der Suicidanten in der UNK Tübingen

Von diesen 59 in der UNK Tübingen Behandelten wurden 6 Patienten ambulant und 53 stationär versorgt. Schaubild 23 zeigt die Aufenthaltsdauer der in der UNK Tübingen stationär aufgenommenen Patienten.

52,5% der psychiatrisch versorgten Suicidanten wurden nach einem Suicidversuch in der Klinik betreut, 42,3% gingen zum Psychiater ohne einen Selbstmord-

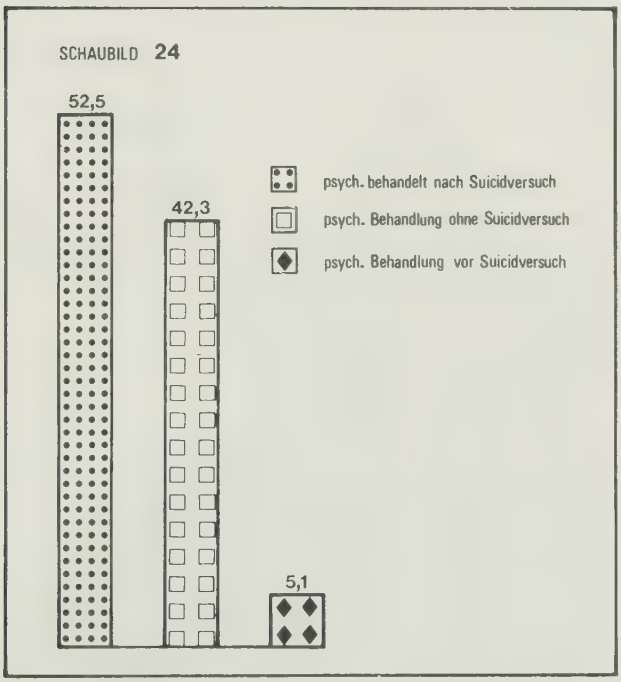


Schaubild 24 - Behandlungsmodi der psych. versorgten Suicidanten

versuch unternommen zu haben, 5,1% der psychiatrisch behandelten Suicidanten suchten vor ihrem Suicidversuch eine Klinik auf.

3.b. Erfaßbare Diagnosen der 30% psychiatrisch Versorgten

Die Diagnosen der psych. versorgten Suicidanten wurden nach dem ICD-Schlüssel erstellt. Hiernach fallen

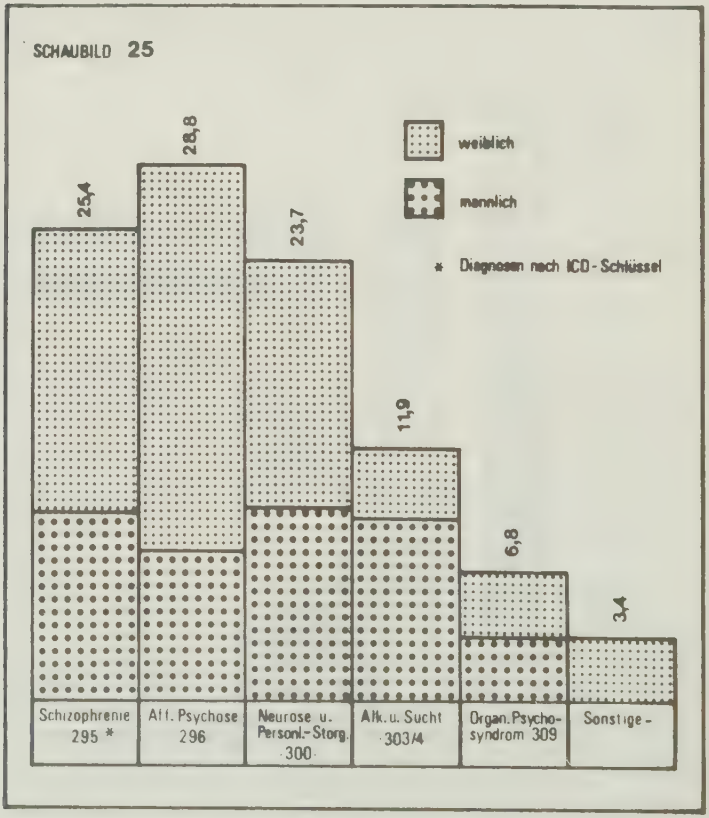


Schaubild 25 - Erfaßbare Diagnosen der psychiatr. versorgten Suicidanten

auf Schizophrenie 25,4% der Fälle, auf affektive Psychose 28,8%, auf Neurosen und Persönlichkeitsstörungen 23,7%, Alkohol und Sucht 11,9% und auf das organische Psychosyndrom 6,8%. Sonstige Diagnosen werden mit 3,4% zusammengefaßt.

II. Diskussion

Patienten

Die Patienten meiner Arbeit stellen als 256 Suicidanten des Kreises Tübingen in den Jahren 1965 bis 1974 eine Untersuchungsgruppe dar, die bezogen auf Demographie- und Sozialdaten mit Gruppenuntersuchungen gleicher oder ähnlicher Fragestellung in Korrelation gesetzt werden kann.

Geschlechtsverteilung

Wie aus den Ausführungen zu entnehmen ist, sind die männlichen Suicidanten gegenüber den weiblichen signifikant überrepräsentiert. Diese männliche Patientengruppe - die Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen als Vergleichsgruppe weist keinen signifikanten Geschlechtsunterschied auf - stellt annähernd zwei Drittel der Gesamtsuicidanten. Dieser Eindruck bestätigt sich, untersucht man die einzelnen Jahrgänge auf ihre Geschlechtsspezifität. Hierbei sind stets die männlichen Suicidanten den weiblichen hoch überlegen. Eine Ausnahme bildet der Jahrgang 1969. Hier überwiegen die weiblichen S. mit 3,5%. Die größere Suicidanfälligkeit der männlichen Patienten gegenüber den weib-

lichen zeigt sich auch in der Gesamtsuicidalität des Landes Baden-Württemberg. Dabei entfallen auf männliche Suicidanten 64,4% und auf weibliche 35,6% der Gesamtsuicidanten (Statistische Berichte, 1970). In der Selbstmordstatistik der Bundesrepublik in den Jahren 1956 bis 1965 entfallen auf männliche Einwohner 64,2% und auf weibliche 35,8% aller Suicide (Statistisches Jahrbuch der BRD, 1966). Somit stellt sich für den Untersuchungszeitraum des Kreises Tübingen eine signifikant erniedrigte Suicidalität der männlichen und eine ebenfalls signifikant erhöhte der weiblichen Patienten im Vergleich zum Landes- und Bundesdurchschnitt heraus. Unter dem Gesichtspunkt der Geschlechtsspezifität der Suicidanten ist die männliche Wohnbevölkrung in weit stärkerem Maße suicidgefährdeter als die weibliche (Verhältnis M:F = 1,7:1). SCHIERL (1973) beschreibt in seiner Untersuchung über Suicide in ländlichen Gebieten ebenfalls ein Verhältnis zwischen Männer und Frauen wie 1,7 zu 1. STENGEL (1969) stellt ein Verhältnis von Männer:Frauen wie 2:1 fest. "Daß der Selbstmord der Frau seltener ist als der des Mannes, ist darauf zurückzuführen, daß sie am Kollektivleben viel weniger teilnimmt und dessen guten oder schlechten Einfluß daher weniger stark spürt" (DURKHEIM, 1897; S.218). Dieser Begründung widerspricht jedoch die Tatsache, daß Frauen viel häufiger Selbstmord-Versuche unternehmen als Männer, deren Erfolge jedoch unter dem

der männlichen Suicidanten liegt (HENSELER, 1974). Die Behauptung, im Lebensalter zwischen 15 und 30 Jahren läge die prozentuale Selbstmordziffer bei Frauen allgemein höher als bei Männern (BEBEL, 1963), trifft in meiner Untersuchung nicht zu. Auch kann ich bei keinem Autor derartiges bestätigt finden.

Familienstand

48,8% der Gesamtsuicidanten des Kreises Tübingen waren zum Zeitpunkt des "erfolgreichen" Suicids verheiratet, was einer signifikanten Erhöhung der Verheirateten gegenüber 38,3% ledigen S. gleichkommt. Frauen stellen hierbei mit 52,6% den prozentual größeren Teil an verheirateten Suicidanten, während sich die Männer mit 46,6% anschließen. Es folgen die verwitweten Suicidanten, die sich zum großen Teil aus Frauen zusammensetzen. Die geschiedenen Suicidanten werden überwiegend von Männern gestellt. Somit ergibt sich entgegen den Untersuchungen von SCHNAPPER-ARNDT (1968), STENGEL (1969) u. a., die eine Dominanz lediger Selbstmörder und damit ein geringeres Suicidrisiko für Verheiratete ermittelten, eine Abweichung von den Suicidanten des Kreises Tübingen. Hier stehen geschiedene Selbstmörder an der Spitze, gefolgt von den Verheirateten und Verwitweten des Kreises. Die Ledigen erweisen sich als die suicidunanfälligste Gruppe. BÖCKER wiederum

gelangt in seiner Abhandlung über die Suicidalität einer deutschen Großstadt zu dem Ergebnis: "... daß die Letalität von suicidalen Handlungen bei beiden Geschlechtern parallel von den Ledigen über die Verheirateten und Geschiedenen zu den Verwitweten ansteigt " (BÖCKER, 1973; S.10). SCHIERL (1973) beschreibt eine geringe suicidale Anfälligkeit bei seiner ledigen Suicidantengruppe.

Übereinstimmend kann gesagt werden, daß geschiedene Personen besonders stark zu suicidalen Handlungen neigen. Eine starke Suicidalität ist auch bei Verwitweten festzustellen, die sich meist in starker sozialer Isolation befinden und deshalb einer enormen psychischen Krankheitsgefährdung ausgesetzt sind.

Altersverteilung

Die prozentuale Altersverteilung der Suicidanten zeigt in Verbindung mit den dazugehörigen Signifikanzberechnungen, daß die Gruppe 5, also die 46 bis 65- jährigen, am stärksten suicidgefährdet ist. Ihr folgen die 22 bis 45- jährigen, die gegenüber dem Bundes-Durchschnitt der Wohnbevölkerung im Kreis Tübingen überrepräsentiert sind, nicht zuletzt deshalb, weil sich in dieser Altersgruppe eine große Anzahl noch in Ausbildung (Universität, Fachschulen) befindlicher Personen darstellt. Zusätzlich fallen in diese Alterskategorie auch noch

Berufstätige, die, entsprechend der Funktion von Tübingen als Universitäts- und Klinik-Zentrum, hier beschäftigt sind. Die 66-x-jährigen, welche in dieser Aufstellung die Gruppe 6 einnehmen, erweisen sich ebenfalls als sehr stark suicidgefährdet.

BÖCKER (1973) zeigt, daß die Häufigkeiten von suicidalen Akten und ihr Risiko sich über lange Lebensabschnitte gegenläufig verändern. In seiner Abhandlung erläutert er, "..., daß die relative Häufigkeit von Suicidhandlungen in der Altersgruppe der 66 bis 80-jährigen in beiden Geschlechtern die kleinste ist. Das Risiko, an einem suicidalen Akt zu sterben, ist aber bei den Frauen in diesem Lebensabschnitt am größten und bei den Männern wesentlich größer als in jüngeren Jahren" (BÖCKER, 1973; S.8). HENSELER verweist auf umfangreiche Stichproben zahlreicher Autoren, welche gemeinsam aussagen, "..., daß Selbstmordversuche am häufigsten im dritten und vierten Lebensjahrzehnt vorkommen ...Im Gegensatz dazu steigt die Kurve der Selbstmorde viel flacher an. Sie erreicht ihren Gipfel erst im sechsten und siebenten Lebensjahrzehnt, fällt dann auch nur flach wieder ab" (HENSELER, 1974; S.25). SCHILDGE meint, daß "... nach Lebensalter beim Suicid junge Menschen mit ihrer geringen Ich-Stärke, der stärkeren Affizierbarkeit und mangelnden Eingebundenheit ins Leben sowie alte, vereinsamte und kranke Menschen, die keine Hoffnung mehr haben, überwiegen"(SCHILDGE,1974; S.1502).

Religionszugehörigkeit

Eine signifikante Erhöhung evangelischer oder katholischer Suicidanten im Kreis Tübingen ist nicht feststellbar. Hingegen zeigt sich eine starke Selbstmordanfälligkeit bei Suicidanten ohne religiöse Bindung. Auch eine Aussage betreffend der absoluten Zahlen vollzogener Suicide in den einzelnen Gemeinden mit einer bestimmten Religionsdominanz hält einer genaueren Prüfung auf signifikante Unterschiede nicht stand.

BÖCKER (1974) meint dazu, daß zwar die Suicidziffern nichts über die einzelnen Konfessionen aussagen, insbesondere würden sie keine Wertung beinhalten. Sie könnten jedoch nach seiner Meinung belegen, daß die in der Kindheit eingeübten Wertrelevanzen auch dann noch wirksam sein könnten, wenn der äußere Schein einen solchen Einfluß nicht mehr vermuten ließe. In seiner Studie über die Suicidalität der Stadt Köln (1973) trifft er ebenfalls auf das Ergebnis, daß Personen ohne Bekenntniszugehörigkeit unter seinen Suicidanten besonders stark hervorstechen. "... Welchen Anteil auch die beiden Religionen an der Bevölkerung haben, hat man überall da, wo man sie im Hinblick auf den Selbstmord vergleichen konnte, gefunden, daß sich mehr Protestanten umbringen als Katholiken" (DURKHEIM, 1897, S.162). HENSELER greift die Aussage DURKHEIMs auf: "Die von DURKHEIM (1879,1897) gefundene und von ihm generali-

sierte geringe Suicidneigung bei Katholiken im Vergleich zu Protestanten hat sich nicht bestätigt. Die Differenz muß mit Eigentümlichkeiten der Katholiken bzw. Protestanten seiner Population zu tun gehabt haben" (HENSELER, 1974; S.31). Unter Bezugnahme auf die statistischen Häufigkeitsberechnungen kann auch ich für die Suicidpopulation des Kreises Tübingen die Feststellung DURKHEIMs nicht bestätigen.

Wohnsituation

Wie aus den Aufstellungen zur Wohnsituation der Suicidanten des Kreises Tübingen zu entnehmen ist, stellen die alleinwohnenden etwa ein Drittel, während die in Familie wohnenden Patienten zwei Drittel der Gesamtpopulation einnehmen. Aufgrund fehlender Vergleichsmaterialien kann eine Häufigkeitsbestimmung und damit eine signifikante Aussage nicht erstellt werden. Deshalb muß es dahingestellt bleiben, ob Patienten, welche durch das Zusammenwohnen mit Familienangehörigen einer gewissen Abhängigkeit unterworfen sind, stärker suicidgefährdet sind als jene, die in relativer Freiheit und fernab von hierarchischer Familienstruktur ihr Leben verbringen. Obgleich dieser Aspekt der Abhängigkeit von familiären Einflüssen auf die Suicidalität sehr kritischer Betrachtung bedarf, findet dieser nur vereinzelt Beachtung.

DURKHEIM berichtet über den wohltätigen und prophylaktischen Einfluß der Familie auf Suicidhandlungen und spricht Personen in Familienobhut eine geringere Suicidanfälligkeit zu. An anderer Stelle führt er Berechnungen über den Zivilstand von Suicidanten an, mit welchen er ebendiesen Schutz der Familie in Frage stellt. Weiter fährt er fort: "... es haben sich nämlich in der Struktur der Familie Veränderungen ergeben, nach denen sie ihre frühere Schutzwirkung verloren hat " (DURKHEIM,1897 ; S.447). Auch STENGEL (1969) schreibt in seinem Abriß über "Soziale Isolierung", daß die Ehe und eine große Familie auf der einen Seite eine gewisse Immunität gegen Selbstmord verleiht, andererseits jedoch die Neigung zum Mord stimuliert.

Es erweckt den Anschein, daß "soziale Isolation" bei verschiedenen Autoren gleichgesetzt wird mit dem Ausscheiden aus dem Familienverbund. "Die Situation der Familie zwingt die jungen Leute wegzugehen, ... Teilweise ist es hierauf zurückzuführen, daß die Einpersonenhaushalte immer zahlreicher werden, und wir haben gesehen, daß eine solche Isolierung die Anfälligkeit für den Selbstmord erhöht" (DURKHEIM,1897 ; S.448). Vielmehr zeigt sich in der Untersuchung, daß nach dem Verlassen der Familie viele Patienten ihre soziale Isolierung verloren und durch Integration ihrer Persönlichkeit in eine soziale Gruppe beruflichen und gesundheitlichen Aufschwung erfahren haben.

Berufsgruppen

Im Zuge der sozialpsychiatrischen Aufarbeitung des Patientengutes und der damit verbundenen Aussagekraft der ganzen Untersuchung, ist es notwendig, Vergleichsmaterial dafür einzusetzen. Die Betrachtung der Berufsgruppen der Suicidanten des Kreises Tübingen kann unter diesem Aspekt nicht angegangen werden. Grund hierfür ist das Fehlen der dafür erforderlichen Vergleichsgruppe. Die statistischen Jahrbücher beschreiben zwar den Ausbildungsstand und den Wirtschaftszweig, gehen aber auf die Art der Berufstätigkeit nicht ein. Diese Tatsache gilt es für die betreffenden Behörden in Anbetracht der zunehmenden soziologischen Untersuchungen zu ändern. Somit ist eine Bearbeitung nur unter dem größten Vorbehalt möglich. Eine statistische Aussagekraft kommt den Ergebnissen dieses Kapitels somit nicht zu. BÖCKER (1973) und SCHIERL (1973) vermerken in ihren Arbeiten ebenso das Fehlen dieser Vergleichszahlen und lassen somit eine relevante Aussagekraft ihrer Ergebnisse ebenfalls vermissen.

Unter den Suicidanten des Kreises Tübingen fallen als stärkste Gruppe die un- und angelernten Arbeiter mit 17,2% der Gesamtsuicidanten auf. Ihnen folgen die Hausfrauen, die Angestellten und Facharbeiter sowie Rentner. Akademiker, Beamte und Selbständige sind in dieser Untersuchung mit 7% bezogen auf die Gesamtsui-

cidalität schwach vertreten. Diese Aufstellung der Suicidhäufigkeit unter den einzelnen Berufsgruppen beinhaltet, wie schon oben erwähnt, keinerlei Aussage über statistische Häufigkeitsunterschiede derselben.

SCHIERL (1973) bestätigt eine hohe Suicidalität der Arbeiter mit 22% und der Angestellten mit 14%. Die Hausfrauen mit 55% und Rentner mit 36% übersteigen die Ergebnisse meiner Untersuchung sehr stark. Eine geringe Beteiligung der Akademiker an den Gesamtsuicidanten von nur 7% wird durch das Ergebnis dieser Arbeit bestätigt.

STENGEL (1969) schreibt in seiner Statistik die höchste Selbstmordhäufigkeit Akademikern und höheren Angestellten zu, gefolgt von der Schicht der selbständigen Geschäftsleute. Facharbeiter und angelernte Arbeiter haben hier die niedrigste Selbstmordrate. Angeblich sei die Suicidalität der ungelernten Arbeiter wiederum höher. Über die Beteiligung der weiblichen Arbeiter an der Gesamtsuicidalität findet sich kein Eintrag.

"Die sehr hohe Selbstmordrate (720 pro Million) bei den Privatiers zeigt deutlich, daß die wohlhabenden Schichten am meisten zu leiden haben. Das kommt daher, daß alles, was zur Unterordnung zwingt, die Auswirkung dieses Zustandes abmildert". (DURKHEIM,1897; S.295).
Diese Aussage DURKHEIMs darf wohl unbegründet als heutzutage nicht mehr haltbar betrachtet werden.

In Schaubild 7 ist die Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen nach höchstem Schulabschluß im Vergleich mit den Suicidanten aufgeführt. Dieses Kriterium kann mit Einschränkung zur Beurteilung der Suicidalität der einzelnen Berufsgruppen herangezogen werden. Hiernach zeigen Personen mit Volkschulabschluß eine starke Suicidanfälligkeit mit signifikanter Erhöhung gegenüber solchen, die ihre Schulbildung mit Mittlerer Reife abgeschlossen haben. Somit kann den Berufsgruppen mit Volkschulabschluß eine erhöhte Suicidalität zugeschrieben werden.

Festgestellt werden kann eine signifikant erhöhte Beteiligung am Suicidgeschehen im Kreis Tübingen bei den ausländischen Arbeitern. Hier steht wohl in der Krankheitsursache die soziale Isolierung der Immigranten im Vordergrund. Diese ist vor allem Folge sprachlicher Isolierung, der Misere der Wohnsituation sowie mentalitätsbedingter Verhaltensweisen. Die Untersuchung auf signifikante Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern ausländischer Arbeiter verlief negativ.

Schüler und Studenten

STENGEL (1969) stellt fest, daß die Selbstmordraten der Studenten höher sind als die der entsprechenden Altersgruppe der Gesamtbevölkerung. Diese Tatsache spiegelt sich in den Ergebnissen dieser Untersuchung wider. Studenten des Kreises Tübingen mit Hochschulort Tübingen

sind hochsignifikant suicidgefährdeter als Schüler oder gleichaltrige Berufstätige. Die Selbstmordziffer für Studenten im Untersuchungszeitraum 1965 bis 1975 beträgt 32,7 pro Jahr und für Schüler 6,2.

LUNGERSHAUSEN (1968) fand im Zeitraum 1958 bis 1965 an Universitäten und Hochschulen Nordrhein-Westfalens eine jährliche Selbstmordziffer für Studenten von 23,9 pro 100 000 Einwohner. SCHIERL (1973) ermittelte in Erlangen/Mittelfranken, ebenfalls Universitätsstadt und etwa einwohnergleich mit Tübingen, eine Suicidziffer von 28.

Eine entsprechende Suicidziffer für Schüler und Lehrlinge konnte in der vergleichenden Literatur nicht gefunden werden.

LUNGERSHAUSEN (1968) führt an erster Stelle der häufigsten Ursachen des Suicids bei Studenten die "endogene Depression" an, an zweiter Stelle folgen "Konfliktsituationen, die sich auf das andere Geschlecht beziehen. An dritter Position erwähnt er Schwierigkeiten im Studium.

Nach Durchsicht zahlreicher Abschiedsbriefe und Vernehmungen Angehöriger sowie aufgrund der Aussagen von Bekannten und Freunden der Suicidanten trifft eine Rangfolge in oben aufgeführter Form für das Patientengut dieser Untersuchung nicht zu. Die extrem hohe Suicidalität der Studenten des Kreises Tübingen liegt mei-

ner Interpretation nach in der Nichtbewältigung studienbedingter Schwierigkeiten sowie mangelndem sozialen Kontakt der Studenten untereinander. Die "endogene Depression" rangiert hierbei an dritter Stelle.

" Die Studenten heben sich in mehreren Punkten deutlich von den Schülern und Lehrlingen ab. Endogene Psychosen sind häufiger zu verzeichnen. Die Hälfte aller Fälle - die umfangreichste diagnostische Gruppe - wird von asthenisch- selbstunsicheren Persönlichkeiten gebildet. Bei den Studenten spielen Intimkonflikte (Männer 38,6%, Frauen 48,8%) eine bedeutendere Rolle als Studienschwierigkeiten (Männer 9,1%, Frauen 25,7%). Diese belasten vor allem Studentinnen, während ihre männlichen Kollegen eher dazu neigen, aus der Reflexion über sich selbst das Dasein zu beenden". (BÖCKER, 1973; S.60).

Schichtzugehörigkeit

Die Untersuchung der Suicidanten des Kreises Tübingen unter dem Aspekt der Schichtzugehörigkeit, in Arbeiten vieler Autoren unberücksichtigt, weist im Gegensatz zu STENGEL (1969), WEISS (1953) und SAINSBURY (1955), die in Übereinstimmung eine positive Korrelation der Selbstmordfrequenz zur Höhe des sozioökonomischen Status festgestellt haben, im Kreis Tübingen eine andere Verteilung auf. Hier stellt sich in der 'Oberen Unterschicht' ein

Maximum ein, das nach oben und unten in der Schichtenskala ausläuft. Hierbei ist lediglich das Verteilungsverhältnis der Suicidanten des Kreises Tübingen berücksichtigt ohne Häufigkeitsberechnungen und Korrelationen zur Wohnbevölkerung des Kreises. Jedoch scheint mir aufgrund neuerer Untersuchungen, die in ihren Berufserhebungen eine Suicidalitätsspitze bei Arbeitern (Facharbeiter sowie un- und angelernte Arbeiter) festgestellt haben (BÖCKER, SCHIERL u.a.), eine Tendenzwirkung entgegen den Ergebnissen oben aufgeführter Autoren zu bestehen. Diese Arbeiten und ihre Ergebnisse sind meist älteren Datums und halten einem Vergleich mit aktuellen Untersuchungen nur in beschränktem Maße stand, da sich gerade in den vergangenen Jahren wirtschaftliche, soziale und gesellschaftspolitische Faktoren grundlegend verändert haben.

Suicidhäufung in den Jahren

In der Suicidhäufigkeit der einzelnen Jahrgänge besteht in ungefähr eine Konstanz von 1965 bis 1972. Lediglich das Jahr 1969 sticht mit beinahe 50% Erhöhung gegenüber den anderen Jahren deutlich hervor. 1973 bis 1974 ist ein erneuter starker Anstieg zu verzeichnen. Dieser setzt sich nach Rückfrage bei den örtlichen Behörden auch im Jahr 1975 fort.

Um die Ursache des plötzlichen Anstiegs der Suicidalität des Jahres 1969 zu ergründen, stellte ich verschiedene Untersuchungen an. Wirtschaftliche Aspekte, darunter die Frage der Steigerung der Lebenshaltungskosten, Untersuchungen über vermehrte Arbeitslosigkeit, extreme Witterungsverhältnisse sowie relevante kreisinterne sozialpolitische Maßnahmen erbrachten keine nennenswerten Erkenntnisse, die zur Klärung dieses plötzlichen Ansteigens der Suicidalität im Kreis Tübingen beitragen könnten. Anders scheint es in den Jahren 1973 und 1974 infolge besonderer ökonomischer Erscheinungen und deren Konsequenzen hauptsächlich für die unteren Gesellschaftsschichten sehr wohl einen Grund für das Ansteigen der Suicidalität zu geben. Genannt seien vor allem die ansteigende Arbeitslosigkeit, steigende Lebenshaltungskosten, Engpässe in der Ausbildung, stetige Steigerung der Leistungsanforderungen und ihre Folgen wie zunehmender Verfall psychischer Stabilität bis hin zur Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.

Frühere Suicidversuche

Etwa 30% der Suicidanten des Kreises Tübingen begingen vor ihrem "erfolgreichen Suicid" einen oder mehrere Suicidversuche. Hierbei ist festzustellen, daß die Versuchshäufigkeit bei Frauen größer war als bei den männlichen Suicidanten. Welche Gründe hierfür auch immer

gelten, festzustellen bleibt, daß die Frauen unter den Suicidversuchswiederholern geringer vertreten sind als Männer.

BÖCKER (1973) untersuchte die Häufigkeit der Selbstmordversuche in den Jahren 1950 bis 1967 in Köln. Diese äußert sich für beide Geschlechter in einer leicht steigenden Suicidziffer. "Für Suicidversuche sind Vergleichszahlen kaum heranzuziehen. DOTZAUER u. Mitarb. fanden bis zum Jahre 1959 in Hamburg ein deutliches und kontinuierliches Ansteigen der Selbstmordversuche". (BÖCKER, 1973; S. 31).

Tötungsarten vollzogener Suicide

Die Tötungsarten werden von einigen Autoren in "harte" und "weiche" Methoden eingeteilt. Eine Definition dieser Begriffe wird von diesen jedoch sehr selten gegeben. HENSELER (1974) spricht von der "weichen" Methode als der Methode mit relativ geringem Sterberisiko. PÖLDINGER (1968) führt eine "milde" und "brutale" Selbsttötungsart auf. PARNITZKE (1965) zählt Vergiftungen insgesamt sowie die Tötungsart des Ertränkens zu den "weichen" Methoden. Diese Einteilung erscheint mir nicht überzeugend, da z. B. bei Einnahme von E 605 ein schneller, zugleich sehr schmerzhafter und sicherer Tod erwartet werden kann. Die verschiedentliche Einordnung

der Selbstmordarten in "harte" und "weiche" Methoden erschwert somit einen brauchbaren Vergleich.

Die Verteilung der einzelnen Arten kann auch nur teilweise vergleichsmäßig genutzt werden. Übereinstimmend ist festzustellen, daß bei deutschen Populationen das "Erhängen" die Todesart mit der größten prozentualen Häufigkeit ist. Ihr folgen "Schlafmittel" und "Gifte" mit all ihren Kombinationsmöglichkeiten. Die anderen Suicidarten lassen in jeder Untersuchung mehr oder weniger verschiedene Häufigkeiten erkennen.

Die Tötungsmethoden der Suicidanten des Kreises Tübingen zeigen verschiedene Geschlechtsspezifitäten. So ist festzustellen, daß sich ausschließlich Männer erschießen. Auch die Suicidart "Autoabgase" wird ausnahmslos von Männern verwendet. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als Frauen in diesem Untersuchungszeitraum nur spärlich im Besitz eines eigenen Wagens waren und auch kaum Zugang zu einer Schußwaffe hatten. Umgekehrt wurde das "Ertränken" nur von Frauen praktiziert. Hier ist festzustellen, daß diese Altersgruppen angehören, die ohnedies eine große Gruppe von Nichtschwimmern repräsentieren. Die Tötungsart "Sprung aus Höhe" ist in dieser Untersuchung ebenfalls geschlechtsspezifisch und wird überwiegend von Frauen praktiziert. Somit trifft die Aussage PÖLDINGERs (1968), daß Frauen milde Methoden und Männer brutale bevorzugen, für diese Gesamtpo-

pulation nicht zu. PÖLDINGER (1968) stellt bei seinen Suicidanten ein starkes Überwiegen der Suicidmethode "Einnahme von Arzneimittel" fest. Dieser folgen das "Öffnen von Pulsadern" und "Ertränken" sowie "Sturz".

Eine enge Beziehung scheint mir zwischen Berufstätigkeit und Suicidmittel zu bestehen. Dies kann auch anhand von mindestens 120 Fällen aufgezeigt werden. Eine in einer Gärtnerei tätige Person wird als Suicidmittel mit großer Wahrscheinlichkeit ein Pflanzenschutzmittel verwenden, während in landwirtschaftlichen Berufen das "Erhängen" mit einem Kälberstrick bevorzugt wird. Medizinisches Personal bevorzugt in dieser Untersuchung Medikamente und Drogen zur Selbsttötung. Kein Zusammenhang ergibt sich zwischen Bildungsstand und Schichtzugehörigkeit einerseits und Suicidmethode andererseits."Goethe schreibt: Das Erhängen erwähnt man nicht gern, weil es ein unedler Tod ist ... Durch Gift, durch Öffnen der Adern gedenkt man, nur langsam vom Leben zu scheiden. Alles dieses aber sind äußere Behelfe, sind Feinde, mit denen der Mensch gegen sich selbst einen Bund schließt". (THOMAS, 1964; S.35).

Suicidhäufung in den Monaten

Eine deutliche Abhängigkeit der Suicidalität von der Jahreszeit zeigt das Schaubild 15. Hier ist ein Ansteigen der Selbstmorde in den Monaten März bis Mai im Frühling

und September, Oktober im Herbst festzustellen. Auch der Monat Dezember erweist sich als besonders suicidal. Diese Ergebnisse stehen nicht in Übereinstimmung mit denen von HENSELER, STENGEL und BÖCKER, die in den Sommermonaten einen deutlichen Anstieg der Suicidalität feststellen. Übereinstimmung besteht aber bei allen Verfassern in der sarken Suicidtendenz der Monate Februar, März, April und Mai.

Örtliche Verteilung

Im Rahmen der epidemiologischen Untersuchung des Suicids im Kreis Tübingen wurden sämtliche Selbsttötungen in den Jahren 1965 bis 1974 auf ihre Ortshäufigkeit und Verteilung hin untersucht. Diese Häufigkeiten werden, um eine Aussage treffen zu können, hochgerechnet auf 100 000 der Wohnbevölkerung pro Jahr. In diesem 10-jährigen Zeitabschnitt entfallen auf die verschiedenen Gemeinden des Kreises Tübingen die in Schaubild 16 aufgetragenen Suicidziffern.

Nach HENSELER (1974) hat sich die Suicidrate in der Bundesrepublik seit etwa 1950 nicht wesentlich erhöht. Sie bewegt sich um 19 pro Jahr und 100 000 Einwohner. BÖCKER (1973) stellt fest, daß sich in der BRD in den Jahren 1951 bis 1971 die Suicidziffer von 18,5 auf 21 kontinuierlich erhöht hat. Danach starben 1959 9888 und 1971

12838 Bundesbürger durch eigene Hand. "In der Zeit zwischen 1925 und 1938 lag die durchschnittliche Selbstmordziffer in Deutschland (mit je 2,8 je 10 000) um 1,3 höher als die relativ konstanten Zahlen vor dem ersten Weltkrieg und nach dem zweiten (rund 2,0 je 10 000)". (THOMAS, 1964; S.178). MAIER (1952) stellte für den Zeitraum 1945 bis 1951 für Rheinland-Pfalz die niedrigste Selbstmordziffer von 13,2 fest. UNGERN-STERNBERG (1950) beschreibt für Schleswig-Holstein eine Selbsttötungsziffer von 23,2, für die Stadt Hamburg 35,8 und für Berlin gar 43,2. SCHIERL (1973) stellt in Hof eine Suicidziffer von 30 fest, während für den Landkreis Forchheim eine von 15 bzw. 12 ermittelt wurde.

Tübingen-Stadt zeigt mit 24,2 Selbstmorden pro 100 000 der Wohnbevölkerung pro Jahr den zweithöchsten Suicidstand im Kreis. Verglichen mit Erlangen-Stadt, einer Stadt mit ähnlicher Infrastruktur und zugleich Universitätsstadt (Suicidziffer 23) weist Tübingen eine leichte Erhöhung um 2,6% auf.

Der Kreis insgesamt liegt mit einer Selbstmordziffer von 17,4 unter dem Bundesdurchschnitt. Doch die einzelnen Gemeinden des Kreises weisen außerordentlich unterschiedliche Ziffern auf. So stellt sich Ofterdingen mit 25 Suiciden pro 100 000 der Wohnbevölkerung pro Jahr als die Gemeinde mit der höchsten Quote im Kreis dar, gegenüber Mössingen mit einer Suicidziffer von nur 6,0. Genauere

Untersuchungen deuten auf einen Zusammenhang zwischen bäuerlich-ländlicher Berufstätigkeit und industriell-erwerbsmäßigen Arbeit einerseits und Suicidrisiko andererseits hin. Dieser läßt erkennen, daß, je höher die Anzahl der nicht landwirtschaftlichen Arbeitsstätten einer Gemeinde und derer Beschäftigten ist, desto geringer ihre Suicidziffer. Oder: je größer der betriebliche Anteil in Land- und Forstwirtschaft und somit der Anteil der bäuerlichen Bevölkerung in einer Gemeinde ist, desto größer ihre Suicidalität. Dies zeigt sich z. B. an der Gemeinde Bodelshausen mit ihrer niedrigen Suicidziffer von nur 9,1. Sie weist einen großen Beschäftigungsstand nichtlandwirtschaftlicher Berufstätiger bezogen auf die Wohnbevölkerung auf. "Innerhalb des Kreises konzentriert sich die industrielle Tätigkeit insbesondere auf die Städte Tübingen und Rottenburg am Neckar sowie die Gemeinden Mössingen, Bodelshausen und Kirchentellinsfurt, auf die nahezu drei Viertel der gesamten Industriebeschäftigten des Kreises entfallen". (Stat. Landesamt Bad.-Württbg., Stand 1969). Tatsächlich befinden sich auch unter dem Patientengut der an- und ungelernten Arbeiter, Hausfrauen und Rentner größtenteils Personen mit landwirtschaftlichen Kleinbetrieben oder solche, die aufgrund von Unrentabilität ihren Betrieb zu schließen gezwungen waren. Gerade dieser Umstand, nämlich das Aufgeben der landwirtschaftlichen Tätigkeit mit zusätzlicher Belastung sozialer und be-

ruflicher Unsicherheit mit all ihren Auswirkungen und Konsequenzen, kann in dem Untersuchungszeitraum gerade in dieser risikoreichen Berufssparte zu dem starken Anstieg der Suicidalität ländlicher Wohnbevölkerung geführt haben.

SCHIERL (1973) kommt in ihrer Untersuchung zu dem Schluß, daß gerade die ländliche Bevölkerung den Schutz suicidsenkender Faktoren genießt. Hierunter versteht sie den Lebensraum "Kleinstadt" oder "Land", die undifferenzierte Tätigkeit ländlicher Arbeiter, die ihrer Meinung nach seltener zu Konflikten führt, das Fehlen sozialer Isolation und ihrer Folgen und schließlich das Kriterium der religiösen Bindung.

Psychiatrisch behandelte Suicidanten

Rund 30% der Gesamtsuicidanten des Untersuchungsgutes aus dem Kreis Tübingen wurden psychiatrisch betreut. Hierbei handelt es sich 1. um Personen, die nach suicidalen Handlungen in nervenärztliche Behandlung gebracht wurden, 2. um Personen, die sich nach einem Suicidversuch freiwillig zum Arzt begeben haben und 3. um solche, die vor einem Suicidversuch den Psychiater aufgesucht haben. Die vierte Gruppe stellen Patienten dar, die sich in psychiatrische Behandlung begeben haben, ohne einen Suicidversuch unternommen zu haben.

Auffallend in der Beurteilung der psychiatrischen Versorgung der Suicidanten des Untersuchungsgutes ist, daß von 1965 bis 1968 bei gleichbleibender Suicidalität die Notwendigkeit, einen Psychiater aufzusuchen, gesunken ist. Mit dem Jahre 1969 folgt ein plötzlich steiler Anstieg. Dieser fällt in den folgenden Jahren rasch wieder ab. Gleichzeitig steigt die Suicidalität erneut an. Eine Deutung dieser Erscheinung muß spekulativ sein und bedarf somit an dieser Stelle keiner näheren Erläuterung. Auch ist hierüber in der vergleichenden Literatur nichts erwähnt.

Inwieweit die Schulbildung einen Einfluß hat auf die Einsicht der Patienten, nach Objektivierung der psychischen Situation, einen Arzt aufzusuchen, läßt sich nicht sagen, zumal man die objektive Erkenntnis seiner eigenen psychischen Verfassung wohl nicht voraussetzen darf. Der Gang zum Psychiater ist sicherlich auch mit anderen Faktoren in starkem Maße verbunden. So ergibt sich aus dieser Untersuchung, daß Angst vor Einweisung in eine psychiatrische Anstalt und somit Ausschluß aus dem sozialen Gemeinschaftsgefüge, mit der entscheidende Faktor ist für die Weigerung der Patienten, sich nach derartigen Vorfällen freiwillig in psychiatrische Behandlung zu begeben.

Wie aus Schaubild 20 zu entnehmen ist, weisen die einzelnen Berufsgruppen der Suicidanten unterschiedliche

Beteiligung an der psychiatrischen Behandlung auf. Als herausstechende Berufsgruppe sind zu erwähnen die Beamten mit nur 9% psychiatrisch Versorgter. Auch Selbständige weisen eine geringe Versorgungsquote auf. Ungelernte Arbeiter, die suicidalste Gruppe unter der Gesamtpopulation, sind mit nur 23%, die Rentner mit nur 11% stark unterrepräsentiert. Hausfrauen zeigen mit 47% Beteiligung der psychiatrisch versorgten Suicidanten die höchste Versorgungsquote.

PÖLDINGER bemerkt über die wegen Suicidversuchen hospitalisierten Patienten: "Auch die Berufsgruppen der Patienten,..., zeigen keine statistisch relevanten Abweichungen gegenüber der Verteilung in der Normalbevölkerung. Die Berufskategorie übt also offenbar keinen bedeutungsvollen Einfluß auf die Häufigkeit von Selbstmordversuchen aus".(PÖLDINGER, 1968; S.63).

Wie diese Ergebnisse zeigen, müssen die Abhängigkeiten von Beruf, beruflicher Stellung der Patienten und klinischer Wertung bezüglich der unterschiedlichen Beteiligung an der psychiatrischen Versorgung besonders kritisch beurteilt werden. Die Untersuchung der Gründe würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

Die Schichtenverteilung der Suicidanten in psychiatrischer Behandlung zeigt eine etwa gleichmäßige Verteilung von annähernd 30%. Auch dieser Prozentanteil be-

darf einer kritischen Betrachtung und läßt den Schluß nicht zu, daß alle Gesellschaftsschichten an der psychiatrischen Versorgung in gleichem Maße teilhaben.

Vergleicht man die Tötungsarten psychiatrisch nichtbehandelter Suicidanten mit denen der psychiatrisch behandelten, so stellt sich in Bestätigung der Verhältnisrechnung von Schaubild 22 ein relevanter Unterschied nicht heraus. Das bedeutet offensichtlich, daß psychiatrisch versorgte Patienten, falls sie rückfällig werden, dieselben harten oder weichen Methoden verwenden wie die Nichtbehandelten. Die psychiatrische Behandlung scheint somit keinen Einfluß auf die Wahl der Tötungsart beim Suicidanten zu haben.

Die psychiatrische Versorgung der aus dem Kreis Tübingen stammenden Suicidanten beschränkt sich weitgehend auf die Universitäts-Nerven-Klinik in Tübingen, einiger niedergelassener Nervenärzte sowie in wenigen Fällen auf die psychiatrischen Landeskrankenhäuser Zwiefalten, Weissenau und Bad Schussenried. 90% der psychiatrischen Suicidanten wurden stationär therapiert. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dieser Patienten in stationärer Behandlung betrug 88 Tage. Diese Patienten setzen sich in der Mehrzahl aus Personen zusammen, die nach einem Suicidversuch in ärztliche Behandlung eingewiesen wurden. Ein weiterer großer Anteil dieser Gesamtpopulation bilden Patienten, welche die psychiatrische

Behandlung suchten, ohne bis zu ihrem Tod einen erfolglosen Suicidversuch unternommen zu haben. Schließlich jene, die in eine psychiatrische Behandlung vor dem Suicidversuch einwilligten. Diese bilden die kleinste Gruppe mit nur 5%. Die Ergebnisse lassen somit vermuten, daß sich die meisten suicidgefährdeten Personen einer differenzierten Therapie durch psychiatrische Einrichtungen bewußt entziehen. Gründe hierfür - dies geht aus Vernehmungen der Angehörigen der Suicidanten sowie aus deren Abschiedsbriefen hervor - sind zu suchen in der schlechten Allgemeinverfassung psychiatrischer Einrichtungen und ihrem anhaftenden Ruf. Diese Tatsache läßt meist eine Reintegration des geheilten Patienten in das gesellschaftliche Gefüge nicht mehr zu.

Untersuchungen über die Ursachen von Selbstmordhandlungen sowie erfolgter Suicide (STENGEL, 1969; REDLICH-FREEDMAN, 1974; BÖCKER, 1974 u.a.) ergaben übereinstimmend, daß der größte Teil der Untersuchten an Depressionen verschiedener Genese litt. Die 30% der psychiatrisch betreuten Suicidanten des Kreises Tübingen bestätigen dies. Nach dem ICD-Schlüssel (International Classification of Diseases, 1972) der Weltgesundheits-Organisation (WHO) werden die erfaßbaren Diagnosen der Tübinger Suicidanten in Schaubild 25 aufgetragen. "Häufig sich wiederholende Psychosen, bei denen eine schwere Affektstörung vorliegt, meistens als Depression und Angst, aber auch als gehobene Stimmung und Erregung" (Diagnoseschlüssel WHO,

1972), werden unter "affektive Psychose" zusammengefaßt. Diese zeigt sich bei den psychiatrisch versorgten Suicidanten dieser Untersuchung als die häufigste Erkrankung. Es folgen Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, Alkohol und Sucht.

PÖLDINGER (1968) betont, daß die Selbstmordforschung den Beweis dafür erbrachte, daß es bestimmte Gefährdungsgruppen gibt. Hierzu gehören insbesondere Krankheitskategorien wie Depression, Süchtige, Alkoholiker, einfache und neurotische seelische Fehlentwicklungen, psychopathische Persönlichkeiten, Schizophrenien, organische Gehirnschädigungen und Epilepsien. In seiner Zusammenfassung schreibt er: "Unter den diagnostischen Gruppen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied in bezug auf das Suicidrisiko zwischen psychogenen und endogenen Depressionen und auch nicht gegenüber Schizophrenien".(PÖLDINGER, 1968; S.34). "Der Anteil der Psychosen und unheilbar Kranken ist unter den Patienten mit Selbstmord um ein mehrfaches größer, er macht hier ein Drittel der Gesamtzahl, bei Selbstmordversuch weniger als ein Zehntel aus. (BRÄUTIGAM, 1969; S.53). SCHIERL (1973) erfaßt von den zuordnungsfähigen Diagnosen die "endogene Depression" als Diagnose größter Häufigkeit bezogen auf die Untersuchungspopulation.

Eine Einteilung der Diagnosen unter dem Aspekt der be-

ruflichen Anteilmäßigkeit wurde zwar erstellt, jedoch wegen fehlender Aussagekraft nicht aufgeführt. Hierbei stellt sich heraus, daß das bearbeitete Patientengut berufs- und schichtungsmäßig bei jeder einzelnen Diagnose gleichwertig vertreten ist. Lediglich in der Gruppe der Schizophrenie waren qualifizierte Berufe und Oberschicht stärker vertreten.

Abschließend muß noch erwähnt werden, daß bei den nichtpsychiatrisch betreuten Suicidanten des Kreises Tübingen eine sehr starke Abhängigkeit vom Alkohol festgestellt wurde. Diese Aussage jedoch basiert nicht auf ärztlichen Aufzeichnungen oder Aussagen, sondern wurde den Vernehmungsprotokollen der Kriminalpolizei entnommen. Hiernach errechnet sich eine Abhängigkeitsquote von etwa 23% für die Gesamtsuicidanten, wobei die weiblichen Personen mit 18% beteiligt sind. Inwieweit es sich bei diesen Fällen um echte Suchtabhängigkeit handelt, ist eine Frage der Interpretation der Aussagen.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit, die sich in drei größere Abschnitte aufteilen läßt, wird der Selbstmord von 256 Suicidanten des Kreises Tübingen in den Jahren 1965 bis 1974 untersucht.

Der erste Komplex befaßt sich mit den Suicidanten unter besonderer Berücksichtigung ihrer demographischen Daten und Sozialverhältnisse. So findet sich bei der Geschlechtsverteilung eine hochsignifikante Präsenz der männlichen Suicidanten. Die Untersuchung des Familienstandes der Patienten, verglichen mit dem der Wohnbevölkerung des Kreises insgesamt, ergibt eine signifikante Erhöhung der verheirateten Selbstmörder gegenüber den ledigen. Eine Hochrechnung der geschiedenen Suicidanten auf 100 000 Einwohner des Kreises Tübingen pro Jahr liefert eine Suicidziffer von 840. Somit sind geschiedene Personen im Kreis Tübingen offensichtlich extrem stärker suicidgefährdet als verheiratete oder gar ledige. Das Alter zwischen 46 und 65 Jahren erweist sich in dieser Untersuchung als der Lebensabschnitt mit der größten Suicidanfälligkeit. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Religionsgemeinschaften im Hinblick auf ihre Suicidalität besteht nicht. Aufgezeigt werden kann jedoch eine stärkere Suicidquote bei Suicidanten ohne religiöse Bindung. Die Auswertung der Sozialdaten der Suicidanten ergab eine Häufung der Selbstmörder mit Volkschulabschluß, die sich als hochsignifikant herausstell-

te. In der Gliederung nach Berufsgruppen liegen bei den Suicidanten un- und angelernte Arbeiter und Hausfrauen mit Abstand an der Spitze. Studenten sind, bei einer Zufallswahrscheinlichkeit von unter 1%, überrepräsentiert. In der Schichtzuordnung - diese bezieht sich nur auf die Gesamtpopulation der Suicidanten ohne Vergleich mit der Wohnbevölkerung des Kreises - nimmt die "obere Unterschicht" den höchsten Platz, gefolgt von der "unteren Mittelschicht", ein.

Der zweite Abschnitt behandelt den Selbstmord in seiner gesamten Erscheinungsform im Kreis Tübingen. Hiernach zeigt die Suicidhäufigkeit eine spontane Erhöhung der Selbsttötung im Jahre 1969 sowie ein permanentes Ansteigen ab 1973. Die Untersuchung der Suicidversuche indes erbrachte wenig verwertbare Erkenntnisse. In der Verwendung der verschiedenen Tötungsarten vollzogener Suicide stehen die Methoden des sich "Erhängens" und der "Schlafmittelintoxikation" an erster Stelle. Ähnlich der vergleichenden Literatur ist ein Anstieg der Suicidalität in den Zeitabschnitten Frühling-Anfang bis Sommer und in den Herbstmonaten festzustellen. Die örtliche Häufung der Suicide im Kreis Tübingen läßt eine erhöhte Suicidanfälligkeit der ländlichen Bevölkerung erkennen.

Beim Vergleich psychiatrisch behandelter und nichtbehandelter Suicidanten erweist sich das Jahr 1969 als das Jahr mit der höchsten Versorgungsquote. Bezogen auf

den Schulabschluß befinden sich Personen mit Volkschulausbildung an der psychiatrischen Betreuung unter den Suicidanten in der Minderzahl. Beamte weisen eine geringe, Hausfrauen dagegen eine extrem hohe Beteiligung an psychiatrischer Versorgung auf. Die Schichtzugehörigkeit psychiatrisch Betreuter deckt sich etwa mit der der nichtbehandelten Suicidanten. In der Wahl der Suicidmethoden kann zwischen den beiden Vergleichsgruppen der Suicidanten kein nennenswerter Unterschied festgestellt werden. "Affektive Psychosen" bilden bei der Diagnosezuteilung der versorgten Suicidanten die größten suicidauslösenden Krankheitsursachen.
Im Anschluß an die Ausführungen werden die gefundenen Ergebnisse anhand von Vergleichsliteratur diskutiert.

Literaturverzeichnis

1. BEBEL, August: Die Frau und der Sozialismus. 9. Aufl. Berlin, Dietz Verlag Berlin, German Democratic Republik (1974)

2. BLOHMKE, Maria: Handbuch der Sozialmedizin, Bd.1, Enke-Verlag; Stuttgart (1975)

3. BÖCKER, Felix: Suicide und Suicidversuche, Georg Thieme Verlag Stuttgart, aus: Sammlung psychiatrischer und neurologischer Einzeldarstellungen, W. Scheid, Köln (1973) - 13 A 4, Nr.9 UBT

4. – Zur Häufigkeit von Selbstmordhandlungen, aus: Wege zum Menschen, F. Böckle Bonn, 26. Jahrg., Heft 5/6, S. 7080 F, Göttingen (1974)

5. BRÄUTIGAM, Walter: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien, 2.Aufl., Georg Thieme Verlag Stuttgart (1969)

6. DEGKWITZ, R., Helmchen H.: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, ICD, 8.Rev., 3. Aufl. Springer Verlag Heidelberg (1973)

7. DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT: medizinische epidemiologie und sozialmedizin, komm. f. epid. u. soz. med. Mitteilungen 1, Bad Godesberg (1973)

8. DURKHEIM, Émile: Der Selbstmord, Soziologische Texte 32, Luchterland Berlin (1973)

9. FEUERLEIN, W.: Selbstmord und Selbstmordversuch, Max Planck-Institut für Psychiatrie, München: aus Medizinische Klinik 68, (1973), S. 1717 - 1721

10. FISCHER, H.: Selbstmord und Selbstmordversuch, Häufigkeiten, Arten, seltene Methoden, Med. Klinik 68 (1973) 1711 - 1716

11. FREDRICK C. REDLICH - FREEDMAN D.: Theorie und Praxis der Psychiatrie, Band 2, 1. Aufl. d. Sonderausgabe, Suhrkamp, Nomos, Baden-Baden (1974)

12. FUCHS, G.: Mathematik für Mediziner und Biologen, Heidelberger Taschenbücher Bd. 54, Springer Verlag Berlin (1969)

13. GEIGY: Wissenschaftliche Tabellen; K. Diem und C. Leutner, 7. Aufl., Basel, J.R. Geigy AG (1969)

14. HAUPTAMT der Universitätsstadt Tübingen: Tübingen in Zahlen, Statistischer Kurzbericht der Universitätsstadt Tübingen, 10 Hefte, (1965-1974)

15. HENSELER, Heinz: Narzißtische Krisen/ Zur Psychodynamik des Selbstmords, Psychoanalyse, Rowohlt Verlag GmbH Reinbeck, (juli 1974)

16. JACOBS, Jerry: Selbstmord bei Jugendlichen, Erklärung, Verhinderung, Hilfe,. Kösel-Verlag München (1974)

17. LUNGERSHAUSEN, E.: Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Studenten, Heidelberg, Dr. Alfred hüthig Verlag, Heidelberg, (1968)

18. MOORE, Hariette - KLEINING, Gerhard: Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland, aus: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Westdeut. Verlag Köln, 12. Jahrg. (1960) in: III. Teil

19. PARNITZKE, K.: Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre, aus: Ch. Zwingmann: Selbstvernichtung, Akad. Verlags-Gesellschaft, Frankfurt/M. (1965)

20. PÖLDINGER, Walter: Die Abschätzung der Suicidalität, med. soz. Studie, Verlag Hans Huber, Bern u. Stuttgart, Basel (1968)

21. REID, D.D.: Epidemiologische Methoden in der psychiatrischen Forschung; Herausg.: Scheid W.; Georg Thieme Verlag Stuttgart, (1966)

22. SAINSBURY, P.: Suicide in London, Chapman u. Hall, London (1955) aus: Stengel Erwin: Selbstmord und Selbstmordversuch (s. unten)

23. SCHILDGE, Eugen: Suicid und Suicidgefahr, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 50. Jahrg., Heft 33 E 4402 DX, S. 1502-1505, (1974)

24. SCHIERL, Irma: Suicide in ländlichen Gebieten, Klein- und Mittelstädten, Inaug.-Diss., Erlangen (1973) Us 74 4266

25. SCHNAPPER-ARNDT, G., Dr.: Sozialstatistik, Leipzig

26. STATISTISCHES LANDESAMT Baden-Württemberg: Die Stadt- und Landkreise Baden-Württemberg in Wort und Zahl, Heft 55, Landkreis Tübingen

27. - Statistische Berichte - Bevölkerung und Kultur A IV 3 - j/70

28. - Statistik im Vergleich BRD - DDR, Heft 7

29. STENGEL, Erwin: Selbstmord und Selbstmordversuch, Conditio humana, Union Druckerei Stuttgart, (1969), übersetzt aus dem englischen Original: Suicide and Attempted Suicide, (1964)

30. THOMAS, Klaus: Handbuch der Selbstmordverhütung, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart (1964)

31. WAERDEN, B.: Mathematische Statistik, Berlin; Springer (1957); Zitiert nach Brockmüller, K.D., Inaug. Diss. Tübingen 1962

32. WEISS, J.M.: Suicide. An Epidemiological Analysis. Psychiat. Quarterly (New York) (1953) 225-252, aus: Henseler, H. (s.o.).

Lebenslauf

Am 2. März 1945 wurde ich, Werner Pieper, als Sohn des Dr. med. Werner Pieper und seiner Ehefrau Marga, geb. Ott, in Ravensburg geboren. 1951 trat ich in Schramberg im Schwarzwald in die Volkschule ein und besuchte ab 1956 das dortige Gymnasium. Nach 5-jähriger gymnasialer Schulbildung begann ich 1960 eine Lehre in der 'Höheren Fachschule für das graphische Gewerbe' in Biberach/Riß. 1963 legte ich vor der Industrie- und Handelskammer Ravensburg die Gehilfenprüfung ab.

1964 entschloß ich mich im Rahmen des Zweiten Bildungsweges zu einer 4-jährigen Vorbereitungszeit zur Ablegung des Abiturs. Dieses erfolgte am 28.6.1968 in Bad Cannstatt.

Nach erfolgter Immatrikulation am 17.10.1968 an der Universität Tübingen studierte ich aufgrund der Zulassungsbeschränkung für Medizin ein Semester Jura und drei Semester Biologie. Im Sommer-Semester 1970 erfolgte die Zulassung zum Studium der theoretischen Medizin an der Universität Tübingen. Die naturwissenschaftliche Vorprüfung bestand ich am 29.9.1971, die ärztliche Vorprüfung am 22.9.1973.

Das Studium der Medizin endete am 23.12.1976 mit der Ablegung des Staatsexamens an der Universität Tübingen.